



**Paula Emanuel  
Rocha Martins Vagos**

**Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência**



**Paula Emanuel  
Rocha Martins Vagos**

## **Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Apoio financeiro da Fundação para a  
Ciência e Tecnologia com uma bolsa  
de investigação com a referência  
SFRH/BD/29574/2006.

## **o júri**

presidente

**Prof. Doutor José Manuel Lopes da Silva Moreira**

Professor Catedrático da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva**

Professor Catedrático do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

**Prof.<sup>a</sup> Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira**

Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo**

Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**Prof. Doutor Nuno Rebelo dos Santos**

Professor Auxiliar do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora

**Prof.<sup>a</sup> Doutora Marina Isabel Vieira Antunes da Cunha**

Professora Auxiliar do Instituto Superior Miguel Torga

**Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Maria Barbas dos Santos**

Professor Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

O presente trabalho contou com a colaboração e apoio de várias pessoas e instituições, que muito me honra nomear. Assim, deixo o meu obrigado ...

- À Professora Doutora Anabela Pereira, por ter orientado este projecto na sua zona de desenvolvimento próximo, e por ter modelado sempre uma postura de descoberta, melhoria, persistência e resiliência;

- À Universidade de Aveiro, que recebeu e apoiou este projecto, e aos professores que dispensaram os seus alunos para o preenchimento de questionários, por vezes demorados;

- Ao Professor Doutor Armando Luís Vieira, por todo o apoio e paciência no ensino do LISREL.

- Aos vários professores e alunos anónimos da Escola Secundária Dr. João Carlos Celestino Gomes, da Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico de Adolfo Portela, da Escola Secundária Homem Cristo, da Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico de José Estevão, da Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico Dr. Jaime Magalhães Lima, da Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico do Dr. José Macedo e da Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico de Vagos, que colaboraram na recolha das várias amostras presentes neste trabalho;

- À Escola Secundária da Gafanha da Nazaré, em particular na pessoa da Dr.<sup>a</sup> Paula Neto, que acolheu e apoiou todas as fases de implementação do programa de intervenção ASAS;

- Aos nove adolescentes ASAS e à Dr.<sup>a</sup> Tânia Oliveira, que embarcaram comigo na aventura do projecto ASAS;

- Às amigas de sempre e às amigas recentes, que acompanharam os momentos bons e os momentos maus deste trabalho, com sorrisos, com preocupação e sempre com incentivo;

- À minha mãe, pelo incansável e energético bolo de chocolate;

- Ao Sérgio, por me dizer sempre “Só falta mais um bocadinho!”;

- À Bia, à Luna, ao Gaspar e ao Santiago, que em silêncio observaram e acompanharam toda a escrita desta tese.

## **palavras-chave**

Ansiedade social, assertividade, adolescência, compreensão, intervenção.

## **resumo**

O presente trabalho pretende caracterizar a associação entre ansiedade social e assertividade na adolescência, bem como desenvolver um modelo compreensivo e de intervenção teórica e empiricamente fundamentado acerca desta problemática. A ansiedade social é definida por medo intenso em situações sociais, associado a crenças negativas predisponentes e comportamentos de segurança ou evitamento subsequentes de situações sociais. A assertividade consiste numa resposta comportamental de auto-expressão empática, fundamentada em crenças positivas e activação emocional reduzida. Assim, estes dois conceitos parecem estar em dissonância, uma vez que, por definição, a ansiedade social surge associada a défice de comportamentos sociais adequados e a assertividade a diminuída activação ansiosa em eventos sociais. Por outro lado, ansiedade social e défice assertivo poderão fundamentar-se em mecanismos psicológicos semelhantes. Para verificar estas duas premissas, o presente trabalho utilizou uma amostra de 679 adolescentes do ensino secundário público de ambos os sexos. Para avaliar a ansiedade social nas três dimensões do funcionamento psicológico foram utilizadas a Escala de Crenças e Pensamentos Sociais e a Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes. No caso da assertividade, foram utilizados o Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo e Escala de Comportamento Interpessoal. A análise de dados permite verificar a existência de uma associação recíproca negativa entre ansiedade social e assertividade, em todos os níveis considerados. Igualmente, os resultados obtidos indicam que esta associação poderá ser fundamentada na existência de baixas crenças sociais positivas que activam pensamentos sociais negativos e subsequentemente ansiedade e desconforto em situações sociais e reduzida frequência de comportamento assertivo. Esta conclusão fundamentou uma intervenção integrada para a promoção da gestão de ansiedade social e da prática de competências assertivas. Esta intervenção foi construída, implementada e avaliada em dois ensaios clínicos junto a 6 adolescentes. Os resultados de significância clínica indicam que o programa tem eficácia terapêutica, ainda que este estudo preliminar não exclua a necessidade de uma avaliação mais aprofundada do benefício associado a esta intervenção. Estes trabalhos assumem, assim, implicações educativas e terapêuticas, ao permitir explicitar e clarificar a associação entre ansiedade social e assertividade, e ao contribuir para o desenvolvimento e avaliação de formas de intervenção adequadas junto ao adolescente social tímido ou inibido. A compreensão e intervenção preventiva para a promoção do ajustamento psicossocial do adolescente emergem como uma realidade possível, pertinente e acessível a todos os agentes educativos.

**keywords**

Social anxiety, assertiveness, adolescence, understanding, intervention.

**abstract**

This work intends to characterize the association between social anxiety and assertiveness in adolescence, as well as developing a model for understanding and intervening in a theoretical and empirically sustained manner on this problematic. Social anxiety is defined by an intense fear in social situations, associated to predisposing negative beliefs and subsequent safety behaviors or avoidance of social events. Assertiveness consists of a behavioral response of empathetic self-expression, grounded on positive beliefs and reduced emotional arousal. Therefore, these two concepts seem to be in dissonance, because, by definition, social anxiety is associated to lacking of adequate social behaviors and assertiveness to decreased anxious arousal in social events. On the other hand, social anxiety and assertive deficit may be grounded in the same psychological pathways. To ascertain these two premises, this work studied a sample of 679 adolescent from both sexes and from secondary public schools. To evaluate social anxiety in the three dimensions of psychological functioning, we used the Escala de Crenças e Pensamentos Sociais and the Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescente. For assertiveness, the Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo and the Escala de Comportamento Interpessoal were used. Data analysis allows us to determine that there is a negative reciprocal association between social anxiety and assertiveness, at all the levels considered. Also, results show that this association may be based in there being low levels of positive social beliefs, which elicit negative social thoughts and subsequent anxiety and discomfort in social events and low frequency of assertive behavior. This conclusion will sustain an integrated intervention for promoting management of social anxiety and practice of assertive abilities. This intervention was built, implemented and evaluated in two clinical trials with six adolescents. Results concerning clinical significance attest that this intervention program has therapeutic efficacy, even if this preliminary study does not exclude the need for a thorough analysis of the benefits associated with this intervention. These works assumes both educational and therapeutic implications, by allowing to explicit and clarify the association between social anxiety and assertiveness, and by contributing to the development and evaluation of adequate intervention procedures for the shy or inhibited social adolescent. Understanding and preventive intervention for promoting psychosocial adjustment in adolescence represent a possible, pertinent and accessible reality to all educational agents.

## Índice

Introdução .....	1
Capítulo 1: Ansiedade Social na Adolescência .....	7
1.1 Ansiedade Social: Expressão Quotidiana, Sub-clínica e Psicopatológica .....	8
1.2 Perfil Etiológico de Ansiedade Social .....	9
1.3 Características Específicas da Ansiedade Social na Adolescência .....	13
1.4 Modelos Cognitivos de Compreensão da Ansiedade Social .....	17
1.4.1 Crenças ou Esquemas Interpessoais .....	18
1.4.2 Sintomas Cognitivos .....	20
1.4.3 Sintomas Emocionais e Comportamentais .....	24
1.5 Avaliação de Ansiedade Social .....	26
1.6 Intervenção na Ansiedade Social .....	28
1.6.1 Técnicas de Intervenção na Ansiedade Social .....	29
1.6.2 Programas de Intervenção na Ansiedade Social .....	31
1.6.3 Avaliação da Mudança Terapêutica .....	33
Síntese de Capítulo .....	35
Capítulo 2: Assertividade .....	37
2.1 Estilo de Comunicação Assertivo.....	38
2.2 Perfil Etiológico de Assertividade .....	39
2.3 Características de Assertividade .....	42
2.3.1 Dimensão Cognitiva .....	42
2.3.2 Dimensão Afectiva e Comportamental .....	45
2.4 Modelo Cognitivo de Assertividade .....	49
2.5 Avaliação da Assertividade .....	52
2.6 Treino Assertivo .....	56
2.6.1 Técnicas e Objectivos de Intervenção .....	56
2.6.2 Programas de Intervenção .....	60
2.6.3 Avaliação da Eficácia .....	62
Síntese de Capítulo .....	64
Capítulo 3: Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência .....	67
3.1 O Adolescente Social .....	68
3.1.1 Desenvolvimento Sócio-Cognitivo .....	69
3.1.2 A Importância das Relações Interpessoais .....	70
3.2 Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência .....	71
3.3 Compreensão do Desempenho Social na Adolescência .....	76
3.3.1 O Modelo Cognitivo em Situações Interpessoais .....	76
3.3.2 O Modelo Cognitivo na Ansiedade Social e Assertividade .....	83
3.4 Promoção do Desempenho Social na Adolescência .....	84
3.4.1 Estratégias Cognitivas .....	86

3.4.2 Estratégias Emocionais e Comportamentais .....	88
Síntese de Capítulo .....	91
Capítulo 4: Enquadramento Metodológico Geral .....	93
4.1 Investigação em Psicologia .....	94
4.2 Objectivos do Trabalho .....	94
4.3 Amostras .....	97
4.4 Instrumentos de Avaliação e Intervenção .....	98
4.5 Métodos Quantitativos de Análise de Dados .....	100
4.6 Ética na Investigação e Intervenção em Psicologia .....	102
Síntese de Capítulo .....	104
Capítulo 5: Estudo Um - Trabalhos Preliminares .....	105
5.1 Preparação de Instrumentos de Medida .....	106
5.1.1 Escala de Comportamento Interpessoal (ECI) .....	106
5.1.2 Escala de Pensamentos e Crenças Sociais (EPCS) .....	115
5.1.3 Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo (QEIA) .....	120
5.1.4 Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA) .....	124
5.2 Preparação do Programa de Intervenção .....	129
5.2.1 Fundamentação Teórica Específica .....	129
5.2.2 Aptidões para o Sucesso Académico e Social (ASAS) .....	133
Síntese de Capítulo .....	145
Capítulo 6: Estudo Dois - Compreensão do Desempenho Social na Adolescência .....	147
6.1 Enquadramento conceptual e metodológico .....	148
6.2 Participantes .....	149
6.3 Instrumentos .....	151
6.3.1 Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Reduzida (ECI-R) .....	151
6.3.2 Escala de Pensamentos e Crenças Sociais (EPCS) .....	153
6.3.3 Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo (QEIA) .....	153
6.3.4 Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA) .....	154
6.4 Procedimentos Gerais .....	157
6.5 Análise de Dados .....	158
6.6 Resultados .....	158
6.6.1 Perfil sócio-demográfico de ansiedade social .....	158
6.6.2 Análise da prevalência e natureza de ansiedade social .....	163
6.6.3 Perfil sócio-demográfico de assertividade .....	172
6.6.4 Análise da prevalência e natureza de assertividade .....	174
6.6.5 Ansiedade social, assertividade e interferência social e académica .....	184
6.6.6 Perfil psicológico de ansiedade social.....	189
6.6.7 Perfil psicológico de assertividade .....	190



6.6.8 Associação entre ansiedade social e assertividade .....	192
6.6.9 Ajustamento do Modelo Cognitivo para Ansiedade Social .....	199
6.6.10 Ajustamento do Modelo Cognitivo para Assertividade .....	200
6.6.11 Ajustamento do Modelo Cognitivo para Desempenho Social .....	202
6.7 Discussão do Estudo Dois .....	205
Síntese de Capítulo .....	222
Capítulo 7: Estudo Três - Promoção do Desempenho Social na Adolescência .....	225
7.1 Enquadramento Conceptual e Metodológico .....	226
7.2 Participantes .....	227
7.2.1 Ensaio Clínico I .....	228
7.2.2 Ensaio Clínico II .....	230
7.2.3 Alunos Colaborantes - Apoio de Pares .....	232
7.3 Instrumentos .....	232
7.3.1 Instrumentos de Intervenção .....	232
7.3.2 Instrumentos para Avaliação de Eficácia .....	234
7.4 Procedimentos Gerais .....	236
7.5 Análise de Dados .....	238
7.6 Avaliação de Eficácia do Programa ASAS .....	241
7.6.1 Fidelidade do Tratamento .....	241
7.6.2 Análise da Mudança Terapêutica .....	246
7.7 Discussão do Estudo Três .....	280
7.7.1 Fidelidade de Tratamento .....	281
7.7.2 Significância Clínica .....	285
Síntese de Capítulo .....	293
Capítulo 8: Conclusão Integrativa e Implicações .....	295
8.1 Conclusões Gerais .....	296
8.1.1 Estudo Um - Trabalhos Preliminares .....	296
8.1.2 Estudo Dois - Compreensão do Desempenho Social na Adolescência .....	299
8.1.3 Estudo Três - Promoção do Desempenho Social na Adolescência .....	304
8.2 Contributos e Implicações .....	309
8.3 Limitações e Propostas de Investigação Futura .....	312
Síntese Final .....	315
Referências Bibliográficas .....	317
Anexos .....	345
Anexo I: Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Completa .....	346
Anexo II: Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Reduzida .....	348
Anexo III: Autorização para tradução e adaptação da Escala de Comportamento Interpessoal .....	350
Anexo IV: Descrição e valores de referência para índices de qualidade de ajustamento .....	351

Anexo V: Autorização para tradução e adaptação da Escala de Pensamentos e Crenças Sociais .....	352
Anexo VI: Escala de Pensamentos e Crenças Sociais .....	353
Anexo VII: Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo .....	354
Anexo VIII: Autorização para utilização da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes .....	355
Anexo IX: Encontro com Pais 1 - Folheto Informativo .....	356
Anexo X: Encontro com Pais 2 - Folheto Informativo .....	357
Anexo XI: Autorização para aplicação do protocolo de questionário em escolas secundárias públicas do distrito de Aveiro .....	358
Anexo XII: Exemplo de descrição de sessão de intervenção .....	359
Anexo XIII: Exemplo de espaço de registo de adesão à sessão .....	360
Anexo XIV: Exemplo de sessão em Livro do Aluno .....	361
Anexo XV: Entrevista de selecção de alunos para intervenção .....	362

## Índice de Imagens

Imagem 1: Activação de estruturas do funcionamento psicológico .....	81
Imagem 2: Modelo cognitivo para ansiedade social .....	200
Imagem 3: Modelo cognitivo para assertividade 1 .....	201
Imagem 4: Modelo cognitivo para assertividade 2 .....	202
Imagem 5: Modelo cognitivo para desempenho social 2 .....	203
Imagem 6: Modelo cognitivo para desempenho social 4 .....	204
Imagem 7: Modelo cognitivo para desempenho social 7 .....	204

## Índice de Gráficos

Gráfico 1: Ansiedade social por sexo .....	159
Gráfico 2: Ansiedade social por nível socioeconómico .....	161
Gráfico 3: Sujeitos com níveis altos de pensamentos sociais negativos .....	163
Gráfico 4: Pensamentos sociais endossados por dimensões cognitivas .....	164
Gráfico 5: Sujeitos com níveis altos de ansiedade .....	165
Gráfico 6: Níveis de ansiedade por número de situações ansiógenas .....	166
Gráfico 7: Sujeitos com níveis altos de evitamento .....	168
Gráfico 8: Frequência de evitamento por número de situações evitadas .....	169
Gráfico 9: Pensamentos sociais negativos em sujeitos com coincidência de sintomas ...	171
Gráfico 10: Ansiedade e evitamento em sujeitos com coincidência de sintomas .....	171
Gráfico 11: Assertividade por sexo .....	172
Gráfico 12: Sujeitos com níveis altos de esquema assertivo .....	175
Gráfico 13: Auto-representações endossadas por dimensões cognitivas .....	176
Gráfico 14: Sujeitos com níveis baixos de desconforto assertivo .....	177
Gráfico 15: Níveis de desconforto por dimensões sociais .....	178
Gráfico 16: Sujeitos com alta frequência de comportamento assertivo .....	180
Gráfico 17: Níveis de frequência de comportamento por dimensões sociais .....	181
Gráfico 18: Identificação a esquema assertivo em sujeitos com coincidência de sintomas .....	183
Gráfico 19: Desconforto e frequência de comportamento em sujeitos com coincidência de sintomas .....	183
Gráfico 20: Frequência de sujeitos por grau de interferência relatado .....	184
Gráfico 20: Validade social de sujeito 1 .....	247
Gráfico 21: Validade social de sujeito 2 .....	247
Gráfico 22: Validade social de sujeito 3 .....	247
Gráfico 23: Validade social de sujeito 4 .....	247
Gráfico 24: Validade social de sujeito 5 .....	247
Gráfico 25: Validade social de sujeito 6 .....	247

## Índice de Tabelas

Tabela 1: AFC de Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Completa.....	110
Tabela 2: Correlação entre subescalas e escalas completas de ECI-C .....	112
Tabela 3: Análise descritiva de Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Completa .....	112
Tabela 4: AFC de Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Reduzida .....	113
Tabela 5: Correlação entre subescalas e escalas completas de ECI-R .....	114
Tabela 6: Análise descritiva de Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Reduzida .....	115
Tabela 7: Exemplo de revisão de item (19) da Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	117
Tabela 8: AFE de Escala de Pensamentos e Crenças Sociais .....	118
Tabela 9: Análise descritiva da Escala de Pensamentos e Crenças Sociais .....	119
Tabela 10: Correlação entre EPCS e EAESSA .....	120
Tabela 11: AFE de Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo .....	122
Tabela 12: Análise descritiva de Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo .....	123
Tabela 13: Correlação entre medidas do QEIA e medidas completas da ECI-R .....	124
Tabela 14: AFE de Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes - Dimensão de Ansiedade .....	126
Tabela 15: AFE de Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes - Dimensão de Evitamento .....	127
Tabela 16: Análise descritiva de Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes .....	128
Tabela 17: Correlação entre subescalas e escalas completas de EAESSA .....	129
Tabela 18: Amostra completa .....	150
Tabela 19: Medidas de ansiedade social por sexo .....	159
Tabela 20: Correlações significativas entre n.º de reprovações e medidas de ansiedade social .....	160
Tabela 21: Medidas de ansiedade social por reprovações .....	161
Tabela 22: Medidas de ansiedade social por nível socioeconómico .....	162
Tabela 23: Caracterização sócio-demográfica por número de dimensões cognitivas .....	165
Tabela 24: Frequência de sujeitos por número de situações sociais ansiógenas .....	166
Tabela 25: Caracterização sócio-demográfica por número de situações sociais ansiógenas .....	167
Tabela 26: Frequência de sujeitos por número de situações sociais evitadas .....	168
Tabela 27: Caracterização sócio-demográfica por número de situações sociais evitadas ...	170
Tabela 28: Medidas de assertividade por sexo .....	173
Tabela 29: Medidas de assertividade por nível socioeconómico .....	174
Tabela 30: Frequência de sujeitos por dimensões cognitivas .....	175
Tabela 31: Caracterização sócio-demográfica por número de dimensões cognitivas .....	176

Tabela 32: Frequência de sujeitos por número de dimensões sociais com baixo desconforto .....	178
Tabela 33: Caracterização sócio-demográfica por número de dimensões sociais com baixo desconforto .....	179
Tabela 34: Frequência de sujeitos por número de dimensões sociais com alta frequência de comportamento .....	180
Tabela 35: Caracterização sócio-demográfica por número de dimensões sociais com alta frequência de comportamento .....	181
Tabela 36: Associação entre medidas de ansiedade social e interferência .....	185
Tabela 37: Média de interferência por nível de sintomatologia ansiosa .....	186
Tabela 38: Média de interferência por contextos sociais .....	186
Tabela 39: Associação entre medidas de assertividade e interferência .....	187
Tabela 40: Média de interferência por nível de assertividade .....	188
Tabela 41: Correlação entre medidas de ansiedade social .....	189
Tabela 42: Análise regressiva sobre preditores de ansiedade social e evitamento comportamental .....	190
Tabela 43: Correlação entre medidas de assertividade .....	191
Tabela 44: Análise regressiva sobre preditores de desconforto e frequência de comportamento .....	192
Tabela 45: Correlação entre medidas de ansiedade social e assertividade .....	193
Tabela 46: Correlação entre subescalas de medidas de ansiedade social e assertividade .....	194
Tabela 47: Medidas descritivas de assertividade por grupos de ansiedade social .....	197
Tabela 48: Medidas descritivas de ansiedade social por grupos de assertividade .....	198
Tabela 49: Índices de ajustamento para modelos cognitivos de assertividade .....	200
Tabela 50: Índices de ajustamento para modelos cognitivos de desempenho social .....	203
Tabela 51: Cronograma de actividades do programa ASAS .....	242
Tabela 52: Medidas descritivas por amostra normal e amostra clínica e índices de consistência interna .....	249
Tabela 53: Valores obtidos na ECI-R por sujeito e momento de avaliação .....	250
Tabela 54: Valores obtidos na EPCS por sujeito e momento de avaliação .....	251
Tabela 55: Valores obtidos no QEIA por sujeito e momento de avaliação .....	252
Tabela 56: Valores obtidos na EAESSA por sujeito e momento de avaliação .....	253
Tabela 57: Pontos de corte e recuperação de sujeitos em intervenção no momento pós-intervenção .....	255
Tabela 58: Mudança clínica para sujeito 1 no momento pós-intervenção .....	257
Tabela 59: Mudança clínica para sujeito 2 no momento pós-intervenção .....	258
Tabela 60: Mudança clínica para sujeito 3 no momento pós-intervenção .....	259
Tabela 61: Mudança clínica para sujeito 4 no momento pós-intervenção .....	261
Tabela 62: Mudança clínica para sujeito 5 no momento pós-intervenção .....	262
Tabela 63: Mudança clínica para sujeito 6 no momento pós-intervenção .....	263

Tabela 64: Frequência de classificações por escalas completas e subescalas no momento pós-intervenção .....	265
Tabela 65: Pontos de corte e recuperação de sujeitos em intervenção no momento <i>follow-up</i> .....	268
Tabela 66: Mudança clínica para sujeito 1 no momento <i>follow-up</i> .....	270
Tabela 67: Mudança clínica para sujeito 2 no momento <i>follow-up</i> .....	271
Tabela 68: Mudança clínica para sujeito 3 no momento <i>follow-up</i> .....	272
Tabela 69: Mudança clínica para sujeito 4 no momento <i>follow-up</i> .....	273
Tabela 70: Mudança clínica para sujeito 5 no momento <i>follow-up</i> .....	275
Tabela 71: Mudança clínica para sujeito 6 no momento <i>follow-up</i> .....	276
Tabela 72: Frequência de classificações por escalas completas e subescalas no momento <i>follow-up</i> .....	278

---

## INTRODUÇÃO

---



## Introdução

*Nobody realizes that some people  
expend tremendous energy merely to be normal.*

Albert Camus

A adolescência é uma fase de desenvolvimento apenas recentemente diferenciada da infância e da idade adulta, descrita e perspectivada como um conjunto de mudanças (fisiológicas, cognitivas e sociais) que decorrem no seio de contextos importantes, como a família, o grupo de pares e o meio escolar (Sprinthall & Collins, 1999). O adolescente vive, assim, várias transições em simultâneo, e em diferentes contextos, onde procura equilibrar as aumentadas exigências sociais para que responda e interaja de determinada forma (Silva, 2004), com as exigências inerentes ao desenvolvimento intrínseco, que o obrigam a centrar-se e descobrir-se a si próprio (Sprinthall & Collins, 1999). A tão falada dimensão conflituosa e paradoxal da adolescência advêm precisamente da necessidade de gerir o olhar para si e o olhar para os outros, e é notória nas frequentes variações de humor, na necessidade de independência e desejo de dependência, na impulsividade e energia e nas dúvidas e inseguranças, no querer estar sozinho mas odiar estar só.

Esta variabilidade tumultuosa torna esta fase de desenvolvimento difícil, confusa e assustadora, para o próprio adolescente, para as famílias, para os agentes educativos, e para os investigadores, que se sentem tão fascinados quanto frustrados, com as dificuldades em contactar e trabalhar com adolescentes. Por isso mesmo, a maioria dos trabalhos de investigação com adolescentes centra-se em contextos mais ou menos controlados, em que a participação do adolescente é voluntária mas constrangida, pelos pais, por uma intervenção clínica, ou por protocolos entre instituições.

O adolescente no seu contexto mais natural, a escola, é um ser humano em desenvolvimento rápido, experienciando mudanças drásticas, e exposto a variadas experiências e oportunidades. Na transição entre ser criança e ser adulto, o adolescente procura experimentar diversos papéis, nomeadamente sociais e profissionais, e é extremamente vulnerável à influência de pares, que tanto pode contribuir para o sucesso académico e psicossocial, como para a iniciação de comportamentos desviantes e de risco, de entre os quais ganham hoje especial relevo a violência e delinquência, o alcoolismo, a toxicodependência, e a sexualidade precoce

(Sprinthall & Collins, 1999). Em qualquer caso, a importância da socialização na adolescência é inegável. Uma socialização bem sucedida permite ao adolescente conhecer-se e reconhecer-se pelos olhos dos outros, de forma realista. A sua identidade adulta é assim desenvolvida, permitindo ao adolescente a futura integração social e profissional que o tornarão cidadão activo e saudável (Papalaia, Olds, & Feldman, 2001; Tarrant, MacKenzie, & Hewitt, 2006).

No entanto, o contexto actual coloca cada vez mais exigências e dificuldades a uma socialização bem sucedida (Larson, Wilson, Brown, Furstenberg, & Verma, 2002). Os pais estão cada vez mais preocupados com os riscos que os seus filhos possam correr, protegendo-os de tal forma que os impedem de socializar; ou, pelo contrário, estão de tal forma absorvidos pelas exigências profissionais acrescidas numa altura de crise económica que deixam o adolescente entregue a si mesmo. Os professores lidam com exigências acrescidas, a nível profissional e de gestão de um contexto escolar em mudança e que ganha contornos cada vez mais agressivos, onde promover interações e aprendizagens de qualidade surge cada vez mais dificultado. Os adolescentes refugiam-se em redes sociais virtuais, onde se podem mascarar de diferentes pessoas, sem que experimentem de facto uma identidade e uma forma de ser e estar com os outros, e onde os contactos sociais se tornam impessoais. A sociedade elogia o adolescente que fica em casa, que não sai, que não responde ou desafia, que não expressa o conflito entre exigências contraditórias, que caracteriza a adolescência.

É neste contexto que o medo de se auto-expressar e o não saber como fazê-lo ganham especial relevo. Na nossa prática clínica, em que sempre privilegiámos a infância e adolescência, encontramos adolescentes que, confrontados com uma rejeição social, se fecham em casa, começando por recusar ir à escola, mas acabando por recusar qualquer contacto interpessoal fora do contexto familiar; adolescentes que abdicam das suas ambições académicas e profissionais por ser demasiado assustador estar a lidar com pessoas dia após dia, e em vez de seguirem para o ensino superior, seguem um curso profissional que lhes permita estar dentro do armazém a catalogar coisas; adolescentes que se recriminam e depreciam por constantemente cederem e serem manipulados por outros.

As dificuldades de relacionamento com os outros, e especialmente com os pares, por medo ou por incompetência, são, assim, uma dificuldade real e de risco na adolescência (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Silva, 2004). Especificamente, poderemos referir a ansiedade social e o défice de competências assertivas.

A ansiedade social é definida como uma perturbação psicológica, caracterizada por um “medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais e de desempenho nas quais o sujeito está exposto a pessoas desconhecidas ou à possível observação de outros” (American Psychological Association, 2002, p. 456). Este medo é resultante de temer comportar-se de forma que possa ser avaliada de forma negativa pelos outros, e leva o sujeito a frequentemente evitar as situações sociais ou de desempenho temidas, com prejuízo do seu funcionamento

ocupacional ou académico, rotinas normais, relacionamentos ou actividades sociais, provocando mal-estar subjectivo acentuado (A.P.A., 2002). Trabalhos recentes têm indicado que a ansiedade social varia num contínuo, sendo que na sua expressão sub-clínica a interferência na vida quotidiana é restrita e o evitamento é mais raro (Turner, Beidel, & Larkin, 1986). Esta expressão sub-clínica é frequente, e considerando que o curso da ansiedade social é usualmente crónico (Furmark, 2002), poderá ser uma área de reconhecimento e prevenção importante para minimizar os prejuízos académicos/ profissionais, sociais e de saúde mental associados à ansiedade social (Beidel, Turner, & Dancu, 1985; Pinto-Gouveia, 2000).

O adolescente com ansiedade social usualmente manifesta menor nível de competências sociais, suscitando repostas menos favoráveis na interacção social (Alfano, Beidel, & Turner, 2006; Erath, Flanagan, & Bierman, 2007). A resposta assertiva em eventos sociais, pelo contrário, conduz a reforço ou recompensa social e a relações interpessoais satisfatórias. Consiste numa resposta comportamental verbal e não verbal de auto-expressão sem constrangimentos emocionais inadequados, aplicada a diferentes contextos sociais, como sejam a expressão de sentimentos positivos e negativos, a defesa dos próprios direitos, a tomada de iniciativa ou a expressão e gestão de limitações pessoais (Alberti & Emmons, 1990; Arrindell, Sanderman, Vandermolén, Vanderende, & Mersch, 1988; Castanyer, 2005; Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Martins, 2005; Rakus, 1991).

A associação entre ansiedade social e assertividade caracteriza um ciclo interpessoal negativo e auto-confirmatório (Alden & Taylor, 2004), que se torna especialmente intenso e problemático na adolescência (Beidel et al., 2007), e pode pôr em causa a satisfação da principal preocupação do adolescente, que se mantém constante e centrada no mundo social: estabelecer relações bem sucedidas com pares, para se sentir aceite e integrado (Erwin, 2002). Assim, torna-se necessário criar formas de compreender e apoiar o adolescente social, permitindo que ele adquira as competências necessárias ao seu bem-estar e integração psicossocial (Larson, et al., 2002).

Neste sentido, desenvolver modelos compreensivos e de intervenção junto a adolescentes, numa perspectiva preventiva e de promoção de competências, será um passo a seguir. A caracterização e compreensão do desempenho social do adolescente numa perspectiva de aplicação das teorias da psicologia clínica têm sido descuradas na literatura. Os trabalhos disponíveis, nomeadamente no nosso país, passam pela caracterização e associação destas problemáticas a outras variáveis pertinentes ou a factores etiológicos prováveis, sem que se procure uma explicação fundada nos modelos teóricos de compreensão em psicologia (Cunha, 2005; Pinto-Gouveia, 2000; Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo, & Cunha, 2006). Por outro lado, a intervenção preventiva junto a adolescentes com ansiedade social e défice assertivo tem sido

descurada na investigação na área, também no nosso país, focando-se na intervenção remediativa com adolescentes com perturbação clínica de ansiedade social (Salvador, 2010).

O presente trabalho pretende responder a esta lacuna teórica e prática, assumindo dois objectivos essenciais: i) a compreensão do desempenho social na adolescência com base nas associações entre ansiedade social e assertividade, de acordo com os pressupostos previstos pela literatura e pelo modelo cognitivo, e ii) a promoção do desempenho social eficiente na adolescência, a partir da construção e implementação de um programa de intervenção que verse especificamente a aquisição de competências assertivas e de gestão da ansiedade social. Todo este trabalho de compreensão e promoção terá por base uma amostra adolescente não clínica e como enquadramento teórico o modelo cognitivo, que pressupõe que a origem das dificuldades expressas em sintomas emocionais ou comportamentais está na forma de representar e interpretar a realidade, manifesta em pensamentos automáticos.

Para cumprir estes objectivos, o trabalho está organizado em várias fases, que constituem os vários capítulos desta dissertação. Numa primeira fase, foi necessário realizar uma revisão de literatura cuidada, referente às variáveis primárias (ansiedade social e assertividade), à forma como se associam e à sua pertinência para o desenvolvimento do adolescente. Esta revisão de literatura é apresentada na **primeira parte** deste trabalho, correspondendo aos capítulos 1, 2 e 3.

A **segunda parte** desta tese conta com quatro capítulos e descreve o contributo empírico deste trabalho para a comunidade científica. O capítulo 4 consubstancia-se no enquadramento metodológico geral, onde se inclui a definição do tipo de investigação, os objectivos gerais e específicos, os materiais e procedimentos utilizados, e os pressupostos de base, relativamente a questões éticas pertinentes e à investigação baseada em evidências. O capítulo 5 faz a descrição do primeiro estudo desta obra, que consistiu nos trabalhos de preparação de instrumentos de avaliação e intervenção, que fundamentaram os estudos dois e três, respectivamente. O capítulo 6 expõe o segundo estudo desta obra, num trabalho de natureza quantitativa-correlacional. A partir de instrumentos de medida de auto-relato, são explorados os níveis de ansiedade social e assertividade na amostra em estudo e analisadas as associações esperadas entre estas duas variáveis, de forma exploratória e confirmatória. O capítulo 7 relata o terceiro estudo desta obra, num trabalho de natureza quasi-experimental. A implementação de um programa de intervenção orientado por um manual estruturado consistiu na condição experimental aplicada em contexto comunitário, cuja eficácia terapêutica nos propusemos avaliar.

Este trabalho é concluído com o capítulo 8, onde é feita uma **conclusão integrativa** dos três estudos desenvolvidos na obra, em função da literatura que os fundamentou. Nesta secção do trabalho são, igualmente, apontadas algumas limitações ao trabalho realizado, que surgem como possibilidades de investigação futura. Por fim, são exploradas as implicações teórico-práticas deste trabalho para a área da psicologia clínica, particularmente na adolescência.



---

## **CAPÍTULO 1: ANSIEDADE SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA**

---

# Capítulo 1: Ansiedade Social na Adolescência

## 1.1 Ansiedade Social: Expressão Quotidiana, Sub-clínica e Psicopatológica

Ansiedade social tem vindo a ser definida como o medo marcado e persistente sentido antes, durante e depois da vivência de situações sociais ou de desempenho, nas quais o indivíduo acredita poder ser avaliado, observado e/ou julgado por outros. O sujeito teme vir a comportar-se de uma forma que pareça desajustada, desastrada ou que seja de qualquer outra forma avaliada negativamente pelo(s) outro(s) com quem está a interagir ou que o estão a observar (A.P.A., 2002), levando a que se sinta rejeitado, desaprovado, fracassado ou embaraçado. Diferentes estudos epidemiológicos em diferentes países têm encontrado taxas de prevalência da ansiedade social entre os 2% e os 22.6% na população adulta. Tal poderá representar diferenças culturais, mas também relacionadas com os critérios utilizados, nomeadamente o sistema de classificação DSM ou ICD, ou com os instrumentos usados, por exemplo entrevistas telefónicas ou entrevistas presenciais estruturadas (Furmark, 2002). Trata-se de uma experiência gradativa, que varia num contínuo (Cunha, 1996; Kashdan & Herbert, 2001; Rapee & Spence, 2004; Smári, Bjarnadttir, & Bragadottir, 1998). Apesar de comum face a alguns acontecimentos diários, pode ser de tal forma intensa que interfere com o funcionamento social, gerando sofrimento clínico significativo (Pinto-Gouveia, 2000). Assim, pode falar-se de uma vivência quotidiana normativa de sintomas ansiosos em eventos sociais, de uma expressão sub-clínica mas sintomática de ansiedade social e, finalmente, da sua expressão clínica ou psicopatológica na forma de perturbação de ansiedade social ou fobia social (Rapee & Spence, 2004).

Na sua expressão quotidiana, a experiência de sintomas ansiosos é caracterizada por uma sensação emocional e fisiológica face à percepção de ameaça, que fundamenta a activação de recursos para gestão da situação. É normalmente uma expressão de ansiedade passageira, enquanto o sujeito não constrói os recursos óptimos ou se habitua à situação, restrita e sem influência significativa e duradoura no desenvolvimento e bem-estar do sujeito. Pode até ter um efeito positivo e motivador, incitando à auto-protecção face à ameaça percebida, fomentando a inclusão social e diminuindo a probabilidade de rejeição e exclusão (Cunha, 1996), sendo, portanto, nesta perspectiva, adaptativa (Kashdan & Herbert, 2001).

A expressão sub-clínica de ansiedade social passa pela experiência de sintomas emocionais, comportamentais e cognitivos típicos deste tipo de dificuldade, mas com interferência restrita na vida quotidiana e raro evitamento de situações sociais, que apenas ocorre face a níveis de ansiedade extremos (Turner, et al., 1986). Estimativas da prevalência sugerem que entre 1.1% a 41% da população geral experiencia algum grau de desconforto ou ansiedade em situações de desempenho ou sociais (Beidel, et al., 1985; Cunha, Soares, & Pinto-

Gouveia, 2008). Dados nacionais reportam que numa amostra não clínica adolescente, cerca de 51.7% dos sujeitos referem sentir ansiedade significativa em pelo menos um tipo de situação social, que interfere de forma restrita na sua vida familiar, social com pares e escolar. Destes, apenas 3.6% poderiam cumprir critérios de diagnóstico para perturbação clínica (Cunha, 2005; Cunha, Pinto-Gouveia, & Soares, 2007). De facto, o número de indivíduos que admitem medos sociais intensos em uma ou mais situações sociais é muito maior do que o número de indivíduos que cumprem os critérios para diagnóstico de perturbação de ansiedade social e procuram ajuda clínica para as dificuldades subsequentes. Por isso mesmo, é importante atender à ansiedade social considerando os vários níveis em que se pode manifestar (Furmark, 2002).

A perturbação de ansiedade social ou fobia social foi descrita pela primeira vez por Pierre Janet em 1903, sendo hoje a 3ª perturbação psiquiátrica mais frequente (Fresco & Heimberg, 2001), com início precoce, em média por volta dos 15.5 anos (Kashdan & Herbert, 2001). É mais evidente em sujeitos do sexo feminino, embora pareça ter maior interferência para o sexo masculino, a julgar pela evidência de que são estes últimos quem mais pede ajuda clínica (Cunha, 2005; Furmark, 2002), provavelmente por motivos culturais. A expressão clínica desta dificuldade caracteriza-se por uma resposta emocional intensa, recorrente e persistente, com influência no comportamento social do indivíduo (Cunha, 1996), e com fortes prejuízos funcionais, ao nível profissional/ académico e social (Elizabeth, King, & Ollendick, 2004; Rodebaugh, 2009). Foi integrada no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais na sua 3ª edição (A.P.A., 1980). Os critérios de diagnóstico foram sendo revistos e aperfeiçoados, de tal forma que na sua 4ª edição revista são claramente definidos (DSM-IV-R) e diferenciados quer se considere a perturbação de ansiedade social na infância ou na idade adulta. Na infância espera-se que o medo social não seja resultante da incapacidade para estabelecer relações sociais, a ansiedade pode ser expressa por birras, choros, imobilidade ou receio, e não é necessário que a criança reconheça a irracionalidade dos seus medos (A.P.A., 2002).

Como já referido na introdução a este trabalho, o foco do mesmo recairá sobre a expressão sub-clínica de ansiedade social na adolescência tardia. Tal representa, por um lado, uma divergência quantitativa em relação à perturbação de ansiedade social ou fobia social, por estar num ponto intermédio do contínuo da intensidade possível dos sintomas de ansiedade social. Por outro lado, representa uma diferença qualitativa em relação às experiências e interferência da ansiedade social no funcionamento adulto e infantil.

## **1.2 Perfil Etiológico de Ansiedade Social**

O perfil de desenvolvimento da ansiedade social foi amplamente estudado, tendo sido associado a diversos factores. De acordo com os modelos transaccionais de desenvolvimento da



psicopatologia, a ansiedade social parece resultar da interacção entre factores intrínsecos e extrínsecos, sem que nenhum seja determinante. A vulnerabilidade a ansiedade social resulta da conjugação de características genéticas ou hereditárias, factores de personalidade ou temperamento, tipos particulares de experiências interpessoais com outros significativos, sucesso ou fracasso social obtido nessas mesmas experiências interpessoais, e significado cultural destas consequências sociais. A associação entre factores etiológicos e psicopatologia não é linear, devendo ser considerada grande diversidade no que se refere à etiologia individual dos medos sociais (Cunha, Soares, et al., 2008). Estes factores podem fazer o indivíduo movimentar-se ao longo do contínuo de ansiedade social experienciada, desde a sua forma mais ligeira à sua forma mais intensa e psicopatológica (Alden & Taylor, 2004; Beidel, 1998; Cunha, 2005; Elizabeth, et al., 2004; Neal & Edelmann, 2003; Rapee & Heimberg, 1997; Rapee & Spence, 2004).

No que diz respeito a factores genéticos ou hereditários, vários trabalhos indicam a sua relevância, a partir da coincidência de diagnóstico entre gémeos ou familiares directos, embora os traços genéticos possam estar mais associados a perturbação emocional de uma forma geral e não a ansiedade social em particular (para uma revisão ver Rapee & Spence, 2004). Esta concordância de diagnóstico entre familiares directos parece ser especialmente evidente no tipo generalizado dos medos sociais, ou seja, quando o indivíduo apresenta ansiedade face à maioria dos eventos sociais (Elizabeth, et al., 2004).

Igualmente como factor intrínseco, o temperamento da criança tem sido associado ao desenvolvimento da ansiedade social, nomeadamente o traço inibição comportamental especificamente face a ameaças sociais, também descrito como timidez ou inibição, e caracterizado pela relutância em interagir com adultos e pares não familiares e pela tendência para retirar-se de situações não familiares, mostrando-se sensível a medos e avaliações sociais (Beidel, 1998; Neal & Edelmann, 2003; Rapee & Spence, 2004; Velting & Albano, 2001). Adolescentes com ansiedade social reportam terem sido inibidos enquanto crianças (Beidel, 1998; Cunha, Soares, et al., 2008), especialmente as adolescentes do sexo feminino (Kashdan & Herbert, 2001).

No que respeita a factores extrínsecos, as práticas parentais parecem ser um factor importante na etiologia da ansiedade social, na medida em que podem moldar a interpretação e resposta a pistas sociais, falhando em ajudar a criança a ultrapassar a sua timidez ou inibição comportamental ou exacerbando os seus medos e dificuldades sociais por padrões de interacção negativos (Taylor & Alden, 2006). Estudos retrospectivos relatam que adolescentes com ansiedade social identificam os seus pais como mais isoladores, emocionalmente distantes, rejeitantes, inconsistentes, menos socialmente activos, abertamente preocupados com a opinião dos outros e com mais vergonha da timidez e pobre desempenho social dos seus filhos (Neal & Edelmann, 2003; Velting & Albano, 2001), utilizando a vergonha e culpa como forma de

disciplina. Estas representações podem resultar de diferentes estilos parentais, referindo-se portanto a diferentes trajectórias de desenvolvimento de ansiedade social (Beidel, 1998; Taylor & Alden, 2005, 2006), das quais podemos referir a superprotecção, isolamento familiar, autoritarismo, ou ansiedade parental. Estes estilos parentais parecem representar risco ou vulnerabilidade acrescida ao desenvolvimento de psicopatologia, com forte contributo em específico para a manutenção de dificuldades sociais (Cunha, 2005; Elizabeth, et al., 2004).

A superprotecção e isolamento familiar parecem ser factores associados à psicopatologia na infância, nomeadamente ansiedade social (Bogels, Van Oosten, Muris, & Smulders, 2001). No que se refere à superprotecção, pode passar à criança uma mensagem de incapacidade pessoal e falta de controlo sobre os acontecimentos, necessitando do apoio e suporte dos pais para enfrentar os acontecimentos (Taylor & Alden, 2005). A criança superprotegida, principalmente por parte da mãe, não é incentivada a explorar e aprender a reconhecer e agir socialmente, o que levará a desconforto e insucesso em práticas sociais e menos comportamentos prossociais, que por sua vez activam a protecção parental, gerando-se, assim, um ciclo vicioso e diminuindo gradualmente a participação em eventos sociais (Rapee & Spence, 2004; Taylor & Alden, 2006). Por parte do pai, parecem ser a autoridade e poder a associar-se a ansiedade, por contribuírem para a representação do outro como punitivo, crítico e, portanto, temível (Taylor & Alden, 2005). O isolamento familiar, por seu turno, transmite à criança uma mensagem de risco e ameaça na socialização (Kashdan & Herbert, 2001; Rapee & Heimberg, 1997; Taylor & Alden, 2005), ao mesmo tempo que lhe impede o usufruto de oportunidades interpessoais e reavaliação da eficácia das suas competências (Kashdan & Herbert, 2001; Neal & Edelmann, 2003). Por fim, pais ansiosos, especialmente ansiosos sociais, transmitem aos filhos uma mensagem relativa ao perigo e ansiedade inerentes às situações sociais (Cunha, 2005).

O auto-julgamento negativo face à comparação social parece ser resultado comum destas experiências precoces e, assim, caracterizar a ansiedade social. Os adolescentes com ansiedade social parecem ser distinguíveis por se compararem com os outros de forma mais negativa, o que poderá associar-se a comportamento defensivo, submisso ou de qualquer outra forma socialmente ineficaz, influenciando a qualidade percebida da relação com pares. Tal confirma no indivíduo a sua crença de incompetência social e promove o isolamento e conseqüente não desenvolvimento de competências sociais adequadas (Cunha, Soares, et al., 2008). Já a representação negativa do outro apenas parece desenvolver-se quando o adolescente é exposto a experiências educativas de autoritarismo e hostilidade. Há, portanto, uma relação significativa entre as experiências de desenvolvimento social de indivíduos com ansiedade social e a sua interpretação de eventos sociais contemporâneos, além de serem evidentes diferentes pensamentos ou representações cognitivas em diferentes indivíduos com os mesmos medos sociais (Taylor & Alden, 2005).

A relação com pares também poderá ser factor de desenvolvimento e manutenção de ansiedade social, em conjunto com factores temperamentais de inibição e evitamento comportamental. Principalmente durante a adolescência, a forma como a relação com pares é percebida parece ter influência no desenvolvimento de ansiedade social. Nomeadamente quando o adolescente se percebe como alvo de baixa aceitação social, poderá representar-se como possuindo défice de competências sociais (Teachman & Allen, 2007) e, consequentemente evitar eventos sociais ou ter comportamentos passivos, que por sua vez tendem a ser alvo de desagrado e rejeição por parte dos pares, associando-se ao desenvolvimento de baixa auto-eficácia social e ansiedade social (Neal & Edelmann, 2003). De facto, os adolescentes com ansiedade social em Portugal tendem a perceber as suas relações com pares como inseguras, com pouco nível de confiança e comunicação e alto nível de alienação e isolamento, o que se associa às dificuldades sociais e mesmo isolamento social que estes adolescentes experienciam, contribuindo para a manutenção da ansiedade social (Cunha, 2005; Cunha, Soares, et al., 2008).

O défice real de competências sociais poderá interferir no desempenho adequado de comportamentos que conduzam a uma interacção positiva, suscitando respostas negativas por parte de parceiros de interacção, as quais confirmam o auto-conceito social negativo e o estatuto social negativo atribuído por terceiros (Rapee & Spence, 2004). Igualmente, padrões de interacção pautados pela solicitação ansiosa, ou seja, busca de apoio emocional, dependência ou isolamento dos outros, inibição ou timidez, podem suscitar, a longo prazo, reacções negativas dos outros, que transmitem ao adolescente a mensagem de ser rejeitado (Rapee & Spence, 2004; Teachman & Allen, 2007). O défice de competências sociais pode, assim, ser tanto um antecedente como um consequente de ansiedade social, especialmente pelo que representa de fracasso e consequências interpessoais negativas para o indivíduo. Por se tratar de um aspecto interno e estável, a sua influência na etiologia de ansiedade social poderá fazer-se notar a longo prazo (Rapee & Spence, 2004).

Por fim, uma única vivência suficientemente marcante e traumática poderá igualmente estar associada ao desenvolvimento de ansiedade social, especialmente no caso da forma específica desta perturbação (Beidel, 1998; Elizabeth, et al., 2004; Pereira, 2009; Pinto-Gouveia, 2000; Rapee & Spence, 2004). Estas experiências traumáticas podem passar, por exemplo, por cometer um erro embaraçoso numa apresentação ou discurso na aula, ou ser vitimizado, humilhado, rejeitado ou maltratado por pares (Kashdan & Herbert, 2001; Rapee & Spence, 2004). Eventos traumáticos, em conjunto com vulnerabilidade genética ou de práticas parentais, podem predispor ao desenvolvimento de sintomas fóbicos (Manfro et al., 2003).

### 1.3 Características Específicas da Ansiedade Social na Adolescência

Os medos sociais aparecem de forma consistente desde a infância, não sendo transitórios. O desenvolvimento da ansiedade social é, portanto, precoce e estável (Furmark, 2002), podendo ganhar expressão mais intensa na adolescência (Beidel, 1998), o que torna pertinente a identificação e intervenção precoce junto a adolescentes em risco de desenvolver ansiedade social clínica, nomeadamente em contexto comunitário ou escolar (Cunha, 2007; Erath et al., 2007; Manfro et al., 2003). A maioria dos adultos com ansiedade social reporta uma história de ansiedade social vitalícia (Manfro et al., 2003), não recordando uma altura da sua vida em que não convivessem com os seus medos sociais (Kashdan & Herbert, 2001), o que indica a não remissão espontânea das dificuldades associadas à ansiedade social.

Trabalhos recentes têm comprovado a fase da adolescência como especialmente vulnerável a ansiedade social (Beidel, 1998; Elizabeth, et al., 2004; Emeriaud, 2006; Inderbitzen, Walters, & Bukowski, 1997; Kashdan & Herbert, 2001; Levpuscek, 2004; Pinto-Gouveia, 2000), o que poderá associar-se à interferência dos medos sociais na realização de tarefas desenvolvimentais típicas desta faixa etária (Cunha, Soares, et al., 2008; Rapee & Spence, 2004), as quais se revestem de um carácter profundamente interpessoal. As relações sociais extra-familiares ganham especial importância, ao mesmo tempo que a complexidade e diversidade de exigências ao nível do comportamento e interação social e do desempenho público aumentam, e o adolescente ganha consciência de si mesmo enquanto ser social sujeito à avaliação de outros. Este conjunto de factores aumenta a vulnerabilidade ao possível desenvolvimento de ansiedade social na adolescência (Pinto-Gouveia, 2000; Furmark, 1998; Silva, 2004; Velting & Albano, 2001), com a influência de características de temperamento individual e padrões interpessoais desenvolvidos, mantidos e generalizados ao longo da vida (Neal & Edelman, 2003). São os adolescentes de nível socioeconómico mais baixo a apresentarem maiores níveis de ansiedade social (Cunha, 2005; Cunha, et al., 2007). Trata-se, também, de uma dificuldade especialmente evidente em adolescentes do sexo feminino (Essau, et al., 1999; Glass & Furlong, 1990; Levpuscek, 2004; Vagos & Pereira, 2010b), quer no que respeita a respostas emocionais, quer comportamentais de evitamento, quer produtos cognitivos centrados no próprio eu.

Ainda assim, este fenómeno raramente é estudado na adolescência (Beidel, et al., 2007; Kashdan & Herbert, 2001). Igualmente, não se encontram no DSM-IV-R critérios específicos de diagnóstico para a perturbação clínica de ansiedade social nesta faixa etária. Esta lacuna é preenchida apenas de uma forma breve e simples pelo Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente (2004), que define a ansiedade social na infância e adolescência como a conjugação de hiperactividade neurovegetativa (aceleração do ritmo cardíaco, hipersudação, tensão muscular, dificuldades respiratórias, dores torácicas etc.) e sofrimento emocional,

associado aos medos sociais que invadem a cena psíquica. A mesma fonte refere que a expressão não clínica ou patológica da ansiedade social na adolescência poderá ser um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas e psicopatológicas na idade adulta. Ainda assim, distinguir entre níveis normais e clínicos de medos sociais na adolescência pode ser um desafio significativo para o clínico (Kashdan & Herbert, 2001), já que alguma preocupação acerca da aceitação por pares é normal e mesmo adaptativa nesta fase de desenvolvimento (Cunha, 2005). É importante considerar a necessidade de adaptação do adolescente a mudanças sociais típicas ou atípicas (por exemplo, de escola ou residência), que ainda assim não justifica o diagnóstico, distinguível face à continuidade das dificuldades e, principalmente, à sua interferência no funcionamento do adolescente.

A ansiedade social na adolescência apresenta as mesmas características sintomáticas que em adultos (Beidel, et al., 2007; Elizabeth, et al., 2004), nomeadamente o enviesamento cognitivo negativo face a eventos sociais que respeitem ao próprio eu (Magnusdottir & Smari, 1999), as respostas fisiológicas, e o evitamento comportamental de situações que impliquem a interacção com sujeitos desconhecidos, pares ou adultos (Pinto-Gouveia, 2000). Os modelos cognitivos de ansiedade social (Clark, 2001; Rapee & Heimberg, 1997) integram todas estas características sintomáticas. Serão abordados especificamente mais à frente neste capítulo.

A reacção ansiosa do indivíduo com ansiedade social não se limita ao confronto com o evento social temido, alargando-se ao momento anterior e posterior a esta vivência. Antes do evento social, o adolescente poderá experienciar ansiedade antecipatória, que pode levar ao evitamento da situação social ou ao enfrentá-la já com um limiar muito elevado de activação ansiosa. Após o evento, o indivíduo experiencia ruminação ansiosa, usualmente revendo a situação social e o seu comportamento, focando-se nos seus aspectos negativos, naquilo que acredita poder ser percebido como negativo pelos outros. Sem encontrar aspectos tranquilizadores, confirma as suas expectativas de inadequação e incompetência social (Pinto-Gouveia, 2000).

É possível distinguir ansiedade social generalizada de específica também na adolescência, (Hofmann et al., 1999). A ansiedade social poderá ser específica, quando o medo e evitamento são circunscritos a um único tipo de evento social (por exemplo, fazer uma apresentação ou discurso público), ou generalizada, quando o indivíduo teme e evita uma série de eventos sociais comuns, como conversas, conhecer novas pessoas, participar em encontros sociais, entre outros (Kashdan & Herbert, 2001). A perturbação de ansiedade social generalizada é a forma mais comum na população clínica (Beidel, et al., 2007), associando-se a um início mais precoce, em média aos 11 anos, por oposição à ansiedade social específica, cuja média de idade de desenvolvimento é de 17 anos (Beidel, 1998; Cunha, 2005). Sujeitos com ansiedade social generalizada experienciam maior medo de avaliação negativa por parte do outro, maior ansiedade e evitamento social, e menores competências sociais. Igualmente, a forma

generalizada desta dificuldade associa-se a maior intensidade de sintomas, e cronicidade das dificuldades (Pinto-Gouveia, 2000), bem como maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de perturbações co-mórbidas (Hofmann, et al., 1999), principalmente outras perturbações de ansiedade (Beidel, et al., 2007), de humor (Essau, et al., 1999) consumo de álcool e substâncias (Cunha, et al., 2007), ou perturbações de oposição (Beidel, 1998; Kashdan & McKnight, 2010).

A ansiedade social parece ter expressões diferenciadas em diferentes fases da adolescência, pautando-se numa fase precoce predominantemente pelo medo cognitivo de ser avaliado de forma negativa, principalmente por pares do sexo oposto. Numa fase tardia passa a ser maioritariamente caracterizada por inibição e stress social, principalmente em situações de desempenho formal (Cunha, 2005; Levpuscek, 2004). Relativamente à evolução dos sintomas, verifica-se que da pré-adolescência à adolescência média (13-16 anos) o medo e evitamento social seguem um padrão mais incidente (Beidel, et al., 2007). Numa fase tardia da adolescência, parece haver diminuição de sintomas, especialmente nas raparigas, sendo que a continuada percepção de si mesmo enquanto objecto social e medo de avaliação negativa poderá caracterizar os casos de ansiedade social crónica (Cunha, 2005; Levpuscek, 2004). Assim, apesar dos medos sociais surgirem a partir dos 12-13 anos, é a sua persistência e interferência aumentada na vida diária que leva a maior diagnóstico clínico entre os 16-18 anos (Cunha, 2005; Essau, Conradt, & Petermann, 1999). Igualmente, é nesta fase tardia da adolescência que comportamentos tímidos, evitantes ou passivos, característicos da ansiedade social, são menos bem vistos pelos pares (Neal & Edelmann, 2003). De facto, considerando a resposta emocional e evitamento social, a prevalência de medos sociais de natureza clinicamente relevante parece rondar os 3.6% em Portugal e ser mais notória numa fase tardia da adolescência.

As situações sociais temidas parecem ter efeitos diferentes na ansiedade experienciada (Beidel, et al., 1985; Turner, et al., 1986). Podem ser de tipos variados, como interagir com sujeitos do mesmo sexo ou do sexo oposto (Alden & Wallace, 1995; Beazley, Glass, Chambless, & Arnkoff, 2001), fazer discursos públicos, ser avaliado em testes, ter um desempenho desportivo (Creed & Funder, 1998), falar com pessoas com autoridade, comer e beber em público (Albano & DiBartolo, 2007a), escrever, falar, participar em festas, encontros ou reuniões sociais (DiBartolo, Albano, Barlow, & Heimberg, 1998; Furmark, 2002), entre outros.

As situações descritas podem incluir-se em duas grandes categorias ou domínios, referidos no DSM-IV-R por situações de desempenho e situações de interacção social (A.P.A., 2002). Learney (1983) define estes domínios sociais por situações não contingentes ou contingentes, respectivamente. Por situações contingentes refere-se a interacções unilaterais, sendo necessário pouco ajustamento e regulação do próprio em relação àquele com quem interage; por situações não contingentes reporta-se ao indivíduo ser forçado a realizar ajustamentos contínuos ao próprio comportamento, em função do *feedback* recebido do outro com quem interage, tratando-se, portanto de situações menos estruturadas. O facto de as

situações serem mais ou menos estruturadas parece influir na ansiedade sentida e comportamento desempenhado, com vantagem para as situações estruturadas, nas quais a reacção dos outros é mais previsível (Alden & Wallace, 1995; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999). Esta variedade de situações sociais que se podem tornar ansiógenas pode representar um prejuízo funcional generalizado, a nível profissional/ académico, social, de bem-estar e qualidade de vida subjectiva (Morais, Crippa, & Loureiro, 2008).

A ansiedade social interfere significativamente com o funcionamento quotidiano do adolescente (Beidel, et al., 2007), à medida que aumenta a intensidade dos sintomas (Cunha, 2005). Esta interferência é mais forte no domínio escolar/académico, seguido do domínio das relações com amigos e finalmente do funcionamento familiar (Cunha, et al., 2007). A influência interpessoal da ansiedade social é sentida até à idade adulta, sendo específica deste tipo de dificuldades e abarcando de forma independente os domínios sociais com pares e família (Rodebaugh, 2009). A **nível académico**, a ansiedade social surge associada a uma história de fracasso académico (D'el Rey, Pacini, & Chavira, 2006), relacionado com a dificuldade em expressar opiniões ou pedir ajuda ao professor, a manifestação de ansiedade, e interferência de pensamentos negativos intrusivos no desempenho académico (Levpuscek, 2004). O adolescente com ansiedade social tende a obter menos anos de escolaridade e, consequentemente, menor desenvolvimento profissional e segurança económica e financeira (Velting & Albano, 2001). A **nível social**, o adolescente é muitas vezes rejeitado ou negligenciado pelos seus pares (Inderbitzen, et al., 1997), sendo menos bem-aceite e mais vitimizado, e obtendo menos respostas positivas. Ao mesmo tempo, pratica menos respostas prossociais e mais respostas de evitamento ou retirada social (Erath, et al., 2007). Adolescentes do sexo feminino com ansiedade social referem ter menos amigos e que estas amizades se caracterizam por serem menos afectivas, apoiantes e de companheirismo (La Greca & Lopez, 1998; Velting & Albano, 2001), enquanto os rapazes com ansiedade social poderão ser mais vítimas de agressão (Erath, et al., 2007). Enquanto para muitos adolescentes as relações com pares podem ser uma base de apoio, para aqueles com ansiedade social, interagir com pares pode parecer mais com vaguear por um campo minado com criticismo e rejeição (Teachman & Allen, 2007). Além disso, a ansiedade social na infância e adolescência está associada a medo e evitamento de situações sociais típicas da adolescência (Beidel, et al., 2007), como escrever, comer, falar ou desempenhar frente a outro, manter conversas ou ir a festas e actividades extra-curriculares (Velting & Albano, 2001). Por fim, o adolescente com ansiedade social parece apresentar um desempenho social menos eficiente e significativamente menores competências sociais, tanto em tarefas de desempenho como de interacção (Beidel, et al., 2007).

A longo prazo, a ansiedade social poderá associar-se a perturbações do funcionamento social generalizado, principalmente nas raparigas (La Greca & Lopez, 1998), o que se reflecte em redes de suporte social diminuídas, menor probabilidade de estabelecer uma relação conjugal, de marcar encontros ou procurar emprego, escolaridade diminuída, maior rotatividade de

emprego e menor produtividade (A.P.A., 2002; Beidel, et al., 1985; Pinto-Gouveia, 2000). Igualmente, a ansiedade social apresenta alta taxa de co-morbilidade, sendo que mesmo níveis não clínicos de ansiedade social têm sido associados a sintomas depressivos, de ansiedade generalizada e a consumo de substâncias, bem como oscilação nos níveis de ansiedade social experienciada (Rapee & Spence, 2004).

Ainda assim, a procura de ajuda na adolescência para fazer face a medos sociais é rara (Cunha, 2005; Cunha, et al., 2007), por se desacreditar a gravidade dos sintomas como sendo parte da personalidade do sujeito (Pinto-Gouveia, 2000). Mesmo os professores com frequência não reconhecem esta dificuldade, uma vez que o adolescente com ansiedade social é usualmente calado, bem comportado e não causa problemas (Beidel, 1998). Igualmente, muitos pais vêem os seus filhos como tímidos e não se apercebem de que estes estão em sofrimento devido a uma grave dificuldade psicológica. Assim, a grande maioria das crianças e adolescentes com ansiedade social não são reconhecidos por pais ou profissionais. Por definição, são extremamente preocupados com a percepção que os outros têm deles e por isso não agem de forma a chamar a atenção sobre si próprios, tornando-se “invisíveis”, a menos que a perturbação se desenvolva a ponto de a criança ou adolescente recusar a escola. As características da ansiedade social em si mesmas interferem com a procura e obtenção de apoio psicológico, sendo que o sujeito teme que admitir os seus receios e sintomas leve a que seja mal visto por terceiros (Kashdan & Herbert, 2001). Ainda assim, o número de adolescentes que de forma anónima referem que gostariam de receber apoio ou ajuda para ultrapassar as suas dificuldades varia entre os 37.2% e os 64.6% numa amostra nacional, sendo que quanto maior a interferência sentida dos medos sociais na própria vida quotidiana, maior a probabilidade de ter recebido ou desejar receber ajuda para ultrapassar as suas dificuldades específicas (Cunha, 2007). O apoio especializado a adolescentes com medos sociais continua, portanto, a ser uma necessidade no nosso país.

#### **1.4 Modelos Cognitivos de Compreensão da Ansiedade Social**

O modelo cognitivo de ansiedade social, inicialmente baseado nos trabalhos de Beck, Emery e Greenberger (1985), pressupõe que a ansiedade social, enquanto emoção, apenas se torna não adaptativa em função do significado que lhe é dado. Nomeadamente, surge quando o indivíduo percebe existir discrepância entre a imagem que quer passar de si próprio, associada a padrões perfeccionistas relativos ao próprio desempenho, e a crença na própria incapacidade de passar esta imagem a terceiros, principalmente se eles possuem um estatuto mais elevado (A. T. Beck, et al., 1985; Clark, 1996; Kashdan & Herbert, 2001; Rapee & Heimberg, 1997; Rowa & Antony, 2005). Esta interpretação ansiógena de eventos sociais é mantida num ciclo auto-sustentado, iniciado em crenças e esquemas interpessoais negativos, que se auto-confirmam ao



influenciarem os processos de activação, cognitiva, emocional/fisiológica e comportamental, em situações sociais.

#### 1.4.1 Crenças ou esquemas interpessoais.

A ansiedade social tem sido associada a esquemas precoces maladaptativos enquanto definidos por Young, Klosko e Weishaar (2003), nomeadamente, privação emocional, subjugação, desconfiança, abuso, dependência, auto-sacrifício, vergonha (Pinto-Gouveia, et al., 2006). Estas estruturas cognitivas primárias guiam a forma como as interações interpessoais envolvendo o próprio e o outro são processadas e interpretadas. Incluem crenças implícitas e explícitas acerca de si e dos outros, bem como regras de procedimento e expectativas acerca das interações (Ingram, Scott, Holle, & Chavira, 2003). Os indivíduos com ansiedade social parecem atribuir uma conotação afectiva negativa à sequência de eventos ou procedimentos expectáveis num evento social (Wenzel & Holt, 2003). O esquema interpessoal característico destes sujeitos é, portanto, caracterizado por uma representação enviesada e ansiógena da realidade e dos acontecimentos esperados num evento ou interação social (Wenzel, Brendle, Kerr, Purath, & Ferraro, 2007) e subjectivamente moldada a partir de uma série de expectativas e distorções cognitivas (Rapee & Heimberg, 1997). Na população clínica, estes esquemas são reflectidos em guiões de eventos sociais marcados por indicadores de ansiedade (por exemplo, relato de sintomas psicofisiológicos) e ausência de uma vivência emocional normativa, caracterizada pela experiência de afecto mais positivo que negativo (Wenzel, 2004).

O indivíduo com ansiedade social parece representar-se como frágil, vulnerável, diferente dos outros e isolado do mundo, incapaz de organizar a sua vida sem o apoio de outros, a quem pretende agradar, mesmo que isso implique sacrificar os próprios interesses, inibir a própria vontade e alcançar padrões perfeccionistas de desempenho social, sob pena de ser rejeitado ou avaliado de forma negativa (Cunha, 1996; Cunha & Pinto-Gouveia, 1999; Pinto-Gouveia, et al., 2006). Avalia de forma negativa o seu próprio comportamento e aparência, representando-se como menos socialmente competente, interessante ou atractivo para o outro (Alden & Wallace, 1995), propenso a sintomas ansiosos e possuindo atributos negativos que serão notados e julgados pelo parceiro social (Hope, Burns, Hayes, Herbert, & Warner, 2010; Hope, Rapee, Heimberg, & Dombek, 1990).

Por seu turno, o outro é representado como alguém propenso a avaliar, criticar e julgar, manipulativo, abusador, humilhante, não amistoso ou de confiança, incapaz de responder às necessidades pessoais de carinho, confiança, empatia e estabilidade, ao mesmo tempo que é alguém a quem se quer agradar e/ou impressionar (Alden & Wallace, 1995; Baldwin & Main, 2001; Cunha, 1996; Cunha & Pinto-Gouveia, 1999; Pinto-Gouveia, et al., 2006). A relação social

é, consequentemente, vista como fonte de sofrimento emocional e respostas sociais desagradáveis, sendo, portanto, temida (Cunha, 1996; Cunha & Pinto-Gouveia, 1999; Pinto-Gouveia, et al., 2006). “A visão de si mesmo e dos outros deve ser encarada como um factor de vulnerabilidade importante no desenvolvimento da ansiedade social” (Cunha, 1996, p. 215). Esta visão respeita, portanto, à representação negativa de si mesmo e do outro (Alden & Taylor, 2004; Pinto-Gouveia, et al., 2006), aos padrões de desempenho auto-impostos excessivamente altos, e às consequências sociais negativas esperadas de eventos sociais (por exemplo, humilhação, rejeição, ridicularização...), resultantes da discrepância percebida entre o outro como avaliador exigente e o próprio como socialmente incompetente (Baldwin & Main, 2001; Rapee & Heimberg, 1997).

A activação destas estruturas cognitivas primárias, relativas a perigo, ameaça e vulnerabilidade crescente à medida que a situação social se torna mais próxima, parece ser característica de ansiedade social (Brown & Stopa, 2008), e ocorrer em situações de natureza social cujo significado se assemelha ao significado retirado de experiências precoces (Alden & Taylor, 2004), seja relativo ao evento em si, à postura e comportamento do próprio ou ao comportamento e resposta do outro (Baldwin & Main, 2001). Este significado é atribuído subjectivamente, não em função de parâmetros contextuais ou situacionais, mas sim face a preocupações e significados atribuídos pelo próprio indivíduo ao evento em si ou à reacção do outro (Ingram, et al., 2003; Taylor & Alden, 2005). Ao serem activadas, estas estruturas influem na avaliação da situação como perigosa, na previsão de falhanço pessoal, na interpretação negativa de eventos sociais, e desconsideração de pistas externas de segurança ou reforço, especificamente em situações sociais (Clark, 2001; Cunha, 1996). O indivíduo tem a percepção constante de estar a ser sujeito a avaliação social negativa (Ingram, et al., 2003), moldando a sua activação automática subsequente, a nível cognitivo, emocional/fisiológico e comportamental (Baldwin & Main, 2001). As estratégias aprendidas em situações sociais disfuncionais na infância são perpetuadas no presente (Alden & Taylor, 2004; Kashdan & Herbert, 2001), tornando a ansiedade social numa perturbação interpessoal, que influi negativamente nas relações mantidas, de forma a auto-sustentar-se.

O ciclo de ansiedade social parece passar pela activação de crenças de mau desempenho social, derivadas de altos padrões sociais auto-impostos e da incapacidade percebida de seleccionar objectivos e determinar meios para os atingir. Esta activação cognitiva suscita afecto negativo e apreensão social, bem como enviesamento no processamento de informação, associada a uma percepção diminuída de si próprio como objecto social e dos resultados sociais possíveis e prováveis (Hofmann, 2007). Tal interfere, por sua vez, na qualidade da resposta na interacção, diminuindo a eficácia social e reforçando as crenças iniciais, já que o comportamento interpessoal não adaptativo do sujeito com ansiedade social tende a encurralar o outro num leque restrito de respostas complementares (Alden & Taylor, 2004; Kachin, Newman, & Pincus, 2001). Assim, as crenças e produtos cognitivos negativos parecem explicar o

caminho indirecto que ocorre desde a ansiedade activada até ao mau desempenho interpessoal e consequências sociais, contribuindo para a pobre aceitação social, também na adolescência (Erath, et al., 2007).

#### **1.4.2 Sintomas cognitivos.**

A activação de enviesamentos cognitivos é tida como factor directamente associado à manutenção da ansiedade social. Podem passar pela activação de pensamentos ou imagens automáticas negativas ou por enviesamento negativo ao nível do processamento de informação social (Clark, 2001).

##### ***1.4.2.1 Pensamentos ou imagens automáticas negativas.***

Os sintomas cognitivos de ansiedade social podem ser distinguidos pelo seu conteúdo único, sendo especificamente de natureza social. Os sujeitos com ansiedade social acreditam que é muito provável que tenham um mau desempenho social, atribuindo o fracasso social à própria falta de competência e de desejabilidade social (Glass & Furlong, 1990; Stopa & Clark, 1993). Estes sujeitos reportam, ainda, mais cognições negativas relativas ao perigo ou dano antecipado na situação social (Beidel, et al., 1985; Glass & Furlong, 1990) e menos cognições positivas, de *coping* ou planeamento em comparação com sujeitos sem ansiedade social (Beidel, et al., 1985; Glass & Furlong, 1990; Stopa & Clark, 1993). Estas cognições podem ser activadas sob a forma de diálogo interno, em pensamentos automáticos/auto-declarações, ou de imagens espontâneas negativas acerca da própria imagem social.

Os **pensamentos automáticos ou auto-declarações** negativas são característicos das formas sub-clínica e patológica de ansiedade social (Dodge, Hope, Heimberg, & Becker, 1988). Os sujeitos com ansiedade social referem mais pensamentos negativos auto-avaliativos em situações de desempenho e interacção (Beazley, et al., 2001; Stopa & Clark, 1993, 2000), relacionados com auto-percepção como vulnerável e incapaz de lidar com as exigências da situação (Cunha, 1996), pouco atractivo e competente (Rapee & Abbott, 2006), antecipando consequências negativas quer em situações de interacção social quer em situações de desempenho público (Beazley, et al., 2001). Este tipo de pensamentos ou auto-declarações negativas está presente desde a infância e adolescência, sendo mais frequentes a partir da adolescência (Alfano, et al., 2006). Em crianças, verifica-se que são expressas menos cognições, provavelmente devido à sua limitada competência cognitiva de introspecção (Beidel, 1998), mas que as expressadas são de natureza mais negativa (Spence, et al., 1999), relativas à

subestimação das próprias competências (Bogels & Zigterman, 2000) e da qualidade do próprio desempenho. Na adolescência, além do próprio desempenho, os pensamentos automáticos negativos referem-se à interacção social (Alfano, et al., 2006).

A activação de **imagens espontâneas**, recorrentes, durante ou em antecipação da situação ansiógena, é igualmente comum em indivíduos com ansiedade social. Usualmente, representam uma perspectiva de observador, representando a tendência a assumir, erradamente, que a forma como se sente é a forma como se é visto (Hackmann, Surawy, & Clark, 1998; Pinto-Gouveia, 2000; Spence, et al., 1999; Wells & Papageorgiou, 1998). Tal confirma a imagem que o indivíduo acredita estar a passar ao outro, ainda que estas imagens sejam muitas vezes irrealistas e distorcidas (Wild, Hackmann, & Clark, 2007), mas apenas percebidas como tal num momento posterior à vivência social (Hackmann, et al., 1998). Estas imagens consistem na visualização dos piores medos do sujeito, referindo-se a temas como ser criticado ou fazer algo de mal, os outros notarem e apontarem sintomas visíveis de ansiedade que o próprio acredita estar a manifestar, entre outros. Estas imagens incluem componentes não apenas visuais, mas sensações corporais e sons, que se assemelham ao significado interpessoal retirado de experiência(s) anterior(es) que coincide(m) com o surgimento da ansiedade social, e em que é evidente uma impressão negativa do eu “observável” (Hackmann, Clark, & McManus, 2000; Hirsch & Mathews, 2000; Wenzel, Jackson, & Holt, 2002; Wild, et al., 2007). Estas imagens negativas poderão ter um papel causal na ansiedade social, uma vez que se associam a maior ansiedade, desempenho social mais pobre, e maior visibilidade de sintomas ansiosos fisiológicos, tanto reportados pelo próprio como percebidos por observadores externos (Hirsch, Clark, Mathews, & Williams, 2003; Hirsch, Meynen, & Clark, 2004).

#### ***1.4.2.2 Enviesamento cognitivo no processamento de informação.***

Além de pensamentos automáticos negativos, a activação de crenças ou esquemas cognitivos pode influir no processamento de informação social, no que respeita a atenção, interpretação e memorização (para uma revisão ver Heinrichs & Hofmann, 2001) e contribuir para a manutenção da ansiedade social ao gerar uma imagem excessivamente negativa das situações sociais (Clark & McManus, 2002). De facto, a manutenção desta perturbação ainda que o sujeito se confronte frequentemente com eventos sociais pode dever-se a enviesamento no processamento de informação (Murphy, Hirsch, Mathews, Smith, & Clark, 2007).

No que respeita à **atenção**, o indivíduo com ansiedade social tende a focar-se nos próprios pensamentos/imagens negativas, ou em pistas do próprio comportamento que podem ser interpretadas como evidência de uma avaliação negativa (Alden & Wallace, 1995; Stopa & Clark, 1993). A atenção é, também, dirigida a aspectos negativos do evento social (Alden &

Wallace, 1995) ou do comportamento do outro no que indica de como está a avaliar o próprio (Ingram, et al., 2003). O foco é, portanto, em pistas confirmatórias das expectativas negativas que o sujeito tem acerca dos resultados esperados de um evento social (Stopa & Clark, 1993). O foco da atenção em si mesmo, usando informação interna para fazer inferências acerca de como se está a parecer ao outro poderá ser um factor de manutenção da ansiedade social (Clark, 1996; Clark & McManus, 2002), perpetuando uma auto-imagem negativa construída pelo próprio mas atribuída ao outro. Parece fundamentar-se numa descompensação das estruturas cognitivas primárias, onde as representações relativas ao próprio enquanto visto pelo outro estão hiper-acessíveis e aumentadas, por oposição às referentes ao outro, onde apenas a faceta de avaliador parece ser facilmente activada (Ingram, et al., 2003).

Relativamente à **interpretação** ou atribuição de significado a eventos sociais, estudos comprovam que os indivíduos com ansiedade social, quando comparados com indivíduos controlo não ansiosos, tendem a interpretar eventos ambíguos especificamente de natureza social e relativos a si próprio de forma mais negativa (Amin, Foa, & Coles, 1998; Huppert, Foa, Furr, Filip, & Mathews, 2003; Voncken, 2006). Verifica-se uma falha na interpretação positiva de eventos, mesmo quando ela é apresentada como opção interpretativa, o que parece associar-se a um estado emocional negativo geral (Garner, Mogg, & Bradley, 2006; Huppert, et al., 2003; Murphy, et al., 2007), que impede o processamento adequado de informação enquanto a situação social está a decorrer (Hirsch & Mathews, 2000). Igualmente, sujeitos com ansiedade social esperam que os resultados desses eventos e particularmente das suas falhas sociais sejam mais negativos, ou mesmo catastróficos, atribuíveis a alguma característica duradoura de si próprio que é mal avaliada pelos outros, o que parece caracterizar a ansiedade social (Stopa & Clark, 2000; Voncken, 2006). No caso do evento social trazer um resultado positivo, o indivíduo com ansiedade social atribui-o a comportamentos de segurança ou aspectos externos ao próprio sujeito (Wallace & Alden, 1997). Este enviesamento de interpretação tem sido verificado na infância (Alfano, et al., 2006; Spence, et al., 1999) e adolescência (Magnusdottir & Smari, 1999; Myers, Blote, Bogels, & Westenberg, 2008), neste caso principalmente no sexo feminino (Myers, et al., 2008). O adolescente tende a fazer avaliações negativas do evento social, do seu próprio desempenho em tarefas de exposição pública ou de interacção social, e das consequências negativas associadas a este desempenho, mesmo face a pistas sociais ambíguas (Alfano, et al., 2006; Rheingold, Herbert, & Franklin, 2003).

No que concerne à **memorização**, os resultados obtidos são contraditórios (Clark, 2001), o que poderá estar associado à natureza da própria perturbação, que se foca ao mesmo tempo na detecção precoce e no evitamento do perigo social (Mathews, 1997). Alguns trabalhos concluem que o indivíduo com ansiedade social armazena e recupera informação de cariz negativo, por ser esta a que atendeu durante o evento social e, consequentemente, que foi reelaborada no pensamento ruminativo pós-situação (Hofmann, 2007). Assim, a informação recuperada é maioritariamente relativa a aspectos negativos do próprio desempenho,

negligenciando informação interpessoal e ambiental (Ingram, et al., 2003), ainda que tal represente uma percentagem reduzida (10%) face ao número total de memórias recuperadas (Wenzel, et al., 2002). Estas memórias relativas a aspectos negativos de si próprio serão reevocadas no processamento antecipatório face a acontecimentos sociais (Clark, 2001; Clark & McManus, 2002; Mellings & Alden, 2000), nomeadamente na forma de auto-imagens negativas e na perspectiva de observador, centradas em como o sujeito se sentiu e acha que foi percebido pelos outros (Wells, Clark & Ahmad, 1998). Assim, ao antecipar um evento social, o sujeito fica ansioso, dominado por lembranças de fracassos passados, imagens negativas de si próprio durante a situação, expectativas de mau desempenho e rejeição social (Clark, 1996, 2001).

Outros trabalhos referem que apesar de prestar atenção a pistas negativas durante a situação, após a situação o sujeito evita processar informação negativa, ansiógena, por ser demasiado ameaçador tolerar expor-se prolongadamente a este tipo de informação (Wenzel, Haugen, & Schmutzer, 2003). Este enviesamento cognitivo serve igualmente para manter a ansiedade social, impedindo que o indivíduo recupere informação exacta, realista da situação (Wenzel & Holt, 2002). Assim, no momento imediatamente após o acontecimento, o indivíduo parece recuperar informação negativa de forma menos correcta e precisa, quer o esquema de ameaça social esteja ou não activado (Wenzel, et al., 2003), indicando que a hipotética influência esquemática nos processos de memorização será mediada pelos processos atencionais ou de interpretação. Os indivíduos com ansiedade social parecem ter uma memória de eventos sociais semelhante a indivíduos não ansiosos, mas impor sobre a informação armazenada um viés de interpretação, especialmente a longo prazo (Brendle & Wenzel, 2004).

O enviesamento em cada um destes processos cognitivos pode ser visto de forma interactiva, sendo que a atenção é selectiva a informação facilmente interpretável como perigo social, concordando com crenças sociais pré-existentes. Será esta informação a transferida para a memória de trabalho, para ser codificada, elaborada, e organizada na memória a longo prazo (Clark, 2001; Heinrichs & Hofmann, 2001). Estes processos induzem o aumento do limiar ansioso com que o indivíduo entra numa situação social, por salientarem a probabilidade de perigo e ameaça da situação social, que é atribuída à própria incompetência social (Stopa & Clark, 2000). Ao mesmo tempo, dirigem *a priori* a atenção e interpretação para aspectos negativos do evento social, sendo, assim, a cada altura processada informação confirmatória das crenças sociais pré-existentes (Clark & McManus, 2002) e negligenciada informação contraditória referente a aspectos positivos da situação (Garner, et al., 2006).

### 1.4.3 Sintomas emocionais e comportamentais.

Tratando-se de uma dificuldade definida pela activação emocional de ansiedade em eventos sociais, os sintomas emocionais característicos da ansiedade social passam, exactamente, pela experiência subjectiva de ansiedade, desconforto, tensão, nervosismo em situações de carácter social, sejam elas de desempenho ou de interacção, e que está fortemente dependente da interpretação feita dos acontecimentos, neste caso, sociais (Pereira, 2006).

Esta activação emocional surge associada a um conjunto de sintomas fisiológicos directamente observáveis e activados face a uma situação social temida, que têm sido relatados na literatura sobre ansiedade social, tais como palpitações, tremores, suores, mal-estar gastrointestinal, diarreia, tensão muscular, rubor, confusão, entre outros (Pereira, 2006). Esta activação é mais intensa do que em controlos não ansiosos, em situações de interacção com o sexo oposto e de discurso improvisado (Beidel, et al., 1985; Turner, et al., 1986). Ainda assim, a activação fisiológica parece ser mais intensa em situações de interacção do que em situações de desempenho, principalmente o corar, que parece surgir como indicador específico da ansiedade social (Voncken, 2006). O indivíduo com ansiedade social acredita que os seus sintomas fisiológicos de ansiedade social são notórios e notados pelos outros com quem interage, que os interpretam como reflexo de extrema ansiedade ou condição psiquiátrica, e não como um estado físico normal (fome, frio/calor), assim construindo uma imagem negativa do próprio (Roth, Antony, & Swinson, 2001). De facto, a percepção da própria activação fisiológica parece estar associada a variações na ansiedade experienciada e relatada (Clark, 1996; Wells & Papageorgiou, 2001). No entanto, a activação fisiológica experienciada pelo indivíduo muitas vezes não é notada por aqueles com quem ele interage, o que indica que o sujeito está especialmente sensível e atento às próprias manifestações fisiológicas (Beidel, et al., 1985).

No que respeita aos sintomas comportamentais associados a ansiedade social, eles consubstanciam-se em dois grandes tipos de resposta: evitamento de eventos sociais ou adopção de comportamentos de segurança em eventos sociais.

O evitamento de situações sociais é frequente face à ansiedade antecipatória, representando uma fuga deliberada a eventos sociais em que o indivíduo antecipa sentir-se ansioso, ter mau desempenho, e obter em consequência resultados sociais negativos (Beidel, et al., 1985). Ao excluir-se da situação social, o indivíduo deixa de experienciar sintomas cognitivos e fisiológicos de ansiedade, o que é em si mesmo reforçador (Clark, 2001; Pinto-Gouveia, 2000) e perpetua o evitamento em situações futuras (Kashdan & Herbert, 2001), não havendo desconfirmação de crenças sociais pré-existentes, nem diminuição da ansiedade associada a determinado evento (Hofmann, 2007). Experiências interpessoais negativas podem, em conjunto com enviesamento no processamento cognitivo, activar uma expectativa de ansiedade e fracasso social em contextos semelhantes, que se associa ao evitamento, que, por sua vez, limita as

oportunidades de aprendizagem de competências sociais e cognitivas, de sucesso social e construção de um sentido de auto-eficácia (Rapee & Spence, 2004).

Quando não é possível evitar o evento social, o que acontece com frequência na adolescência, o adolescente com ansiedade social tende a ter um desempenho menos competente do que o de jovens não ansiosos (Alfano, et al., 2006), suscitando respostas menos favoráveis da interacção social. Especificamente, o comportamento do adolescente é deficiente em interacções com pares, onde a susceptibilidade e interferência cognitiva e afectiva parece ser aumentada (Erath, et al., 2007). Neste tipo de situações de interacção não estruturadas, verifica-se menor contacto, menor demonstração de interesses, menor responsividade, ou seja, maior défice de competências associadas à interacção social e não ao desempenho público. Igualmente, o indivíduo ansioso social tem o seu comportamento usualmente determinado pela adopção, consciente ou não, de comportamentos de segurança (Voncken, 2006), que têm como objectivo reduzir a ameaça social e prevenir a ocorrência das consequências sociais temidas. Exemplos de comportamentos de segurança são não olhar nos olhos do parceiro de interacção, censurar o que se diz, dizer pouco e em voz baixa, tentar passar despercebido entre os outros (Clark, 1996).

A adopção de comportamentos de segurança em eventos sociais, que o ansioso social acredita serem úteis a passar uma boa imagem de si mesmo e controlar a própria ansiedade (Creed & Funder, 1998; McManus, Sacadura, & Clark, 2008), tem vindo a ser associada a desempenho social pobre, mais notoriamente em tarefas de desempenho público, por exemplo, dar um pequeno discurso face a uma audiência (Rapee & Abbott, 2006). Estes comportamentos usualmente são aumentados face a imagens ou pensamentos negativos numa situação social (Hirsch, et al., 2004; McManus, et al., 2008), que levam o indivíduo a antecipar como agir, e como poderá controlar o seu comportamento para ser aprovado pelos outros (Clark, 2001; Clark & McManus, 2002; Gilbert, 2000). Os comportamentos resultantes são controlados, percebidos como menos espontâneos, submissos, defensivos, auto-focados, que mantêm o parceiro à distância, expressam insegurança e fazem o indivíduo parecer desligado da situação, evitando a interacção ou a própria exposição (Creed & Funder, 1998; Gilbert, 2000; McManus, et al., 2008). Tais comportamentos acabam por ter o efeito contrário ao desejado, suscitando respostas sociais menos positivas, amigáveis e afáveis (Alden & Bieling, 1998; Clark, 2001; Hirsch, et al., 2004), ou, no caso da infância, negligência, rejeição ou exclusão (Rapee & Spence, 2004; Spence, et al., 1999). Igualmente, tais comportamentos aparecem associados a maior ansiedade e crenças negativas, e pior desempenho percebido pelo próprio e avaliado por terceiros (Creed & Funder, 1998; McManus, et al., 2008).

A activação de pensamentos e imagens negativas acerca de si próprio interfere na qualidade do comportamento social desempenhado (Hirsch et al., 2004), diminuindo a sua qualidade e impedindo que seja construído um plano de gestão adequado (Clark & Stop, 1993),



resultando em consequências sociais negativas (Rapee & Heimberg, 1997; Spence, et al., 1999; Voncken, 2006). Além disso, o indivíduo com ansiedade social é o maior crítico de si próprio, avaliando o próprio desempenho social de uma forma mais dura e negativa do que é avaliado por outros (Hirsch, et al., 2004). Quando tem sucesso social, atribui-o aos comportamentos de segurança que adoptou, assim não desconfirmando as crenças relativas à própria incompetência (Clark & McManus, 2002; Hofmann, 2007), bem como não aprendendo que muitos dos seus medos não se teriam concretizado quer tivessem ou não sido utilizados comportamentos de segurança (McManus, et al., 2008).

Assim, quer o próprio, quer o outro com quem ele interage, constroem uma representação negativa do indivíduo com ansiedade social: alguém pouco confortável, pouco vivido emocionalmente, vulnerável e sensível a exigências, auto-derrotista, ansioso, com necessidade de agradar. O ciclo interpessoal auto-mantido que caracteriza a ansiedade social está assim finalizado, quando o indivíduo acaba por activar no outro a resposta social temida, confirmando a sua percepção acerca da própria incompetência social (Creed & Funder, 1998).

## **1.5 Avaliação de Ansiedade Social**

A avaliação da ansiedade social deve ser multidimensional e meticulosa (Albano & DiBartolo, 2007a), considerando que se trata de uma dificuldade que afecta todas as áreas do funcionamento psicológico do indivíduo. Vários métodos têm sido advogados para esta avaliação, desde entrevistas estandardizadas, instrumentos ou questionários de medida, observação comportamental e/ou auto-monitorização entre outros. Além de reconhecer os sintomas a nível fisiológico, comportamental e cognitivo, é igualmente importante reconhecer a interferência e história pormenorizada e contextualizada dos medos sociais do sujeito. Especificamente na adolescência, é importante que a avaliação esteja preparada para distinguir entre a experiência normativa de medos sociais ou, pelo contrário, a sua manifestação persistente, desadequada e associada a sofrimento e interferência no funcionamento do adolescente (Cunha, 2005; Pinto-Gouveia, 2000).

Métodos baseados em entrevistas estruturadas e observação e/ou auto-monitorização comportamental têm sido os mais utilizados num contexto de avaliação clínica, que pretende caracterizar um sujeito em particular e planear uma intervenção idiossincrática (C. A. Kearney, 2005). Apesar de existirem várias entrevistas estruturadas para avaliar as perturbações na infância e adolescência (por exemplo, Composite International Diagnostic Interview de Andrews & Peters, 1998; ou NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children de Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000), uma tem-se destacado pela sua utilização na avaliação da ansiedade social, quer como medida de rastreio quer como de eficácia de intervenção (C. A.

Kearney, 2005). Trata-se da *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children* (ADIS-C; Silverman & Albano, 1996a, 1996b, 1996c), actualmente na sua 4ª versão, acompanhando a evolução do DSM. Esta entrevista tem demonstrado boas características psicométricas na avaliação de ansiedade social na infância e adolescência, quer na utilização da sua versão completa, como na utilização apenas da escala de ansiedade social e outras relevantes (por exemplo, relações interpessoais).

Outro método de avaliação de dificuldades sociais é a observação ou auto-monitorização do desempenho comportamental do sujeito em situações típicas (por exemplo, ter uma conversa, dar e receber um elogio, pedir a mudança de um comportamento negativo, receber uma oferta de ajuda...). Esta observação pode ser útil para reconhecer a competência e eficácia social do indivíduo, bem como quais os acontecimentos activadores e a expressão não verbal da ansiedade social para um indivíduo em particular (C. A. Kearney, 2005; Pinto-Gouveia, 2000).

O formato de avaliação mais amplamente utilizado para fins de rastreio e investigação passa por questionários de auto-resposta, que, desde que desenvolvidos e validados sob uma forte base psicométrica, podem ser sensíveis e de grande utilidade para avaliar a cognição na ansiedade social (Glass & Furlong, 1990), bem com a intensidade emocional e evitamento comportamental. Osório, Crippa e Loureiro (2005) apresentam uma revisão de instrumentos de avaliação na ansiedade social que foram analisados e demonstraram características adequadas de fidelidade e validade em população clínica adulta. Este conjunto de instrumentos psicometricamente adequados avalia aspectos tão variados como ansiedade em situações de desempenho, interacção social e falar em público; frequência do evitamento de situações sociais ou utilização de comportamentos de segurança nas mesmas; sintomas fisiológicos; ou presença de cognições negativas típicas. Desta revisão podemos constatar a contínua lacuna no contexto nacional de um instrumento de medida preparado para avaliar a cognição na ansiedade social.

No que se refere à infância e adolescência, são menos os instrumentos disponíveis específicos para ansiedade social. Kearney (2005), numa revisão sobre a avaliação de ansiedade social baseada em evidências nestas faixas etárias, refere a pertinência de duas escalas: 1) *Social Anxiety Scale for Children* (SAS-C) e *Social Anxiety Scale for Adolescents* (SAS-A), para crianças e adolescentes respectivamente, que avaliam em 26 itens a ansiedade social sentida, manifesta no medo de avaliação negativa, desconforto ou evitamento social em situações novas específicas e desconforto e evitamento generalizado; 2) *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C) que pretende avaliar a ansiedade social em crianças e adolescentes em 26 itens, no que se refere a assertividade, evitamento, conversa e desempenho público. A estas escalas, Albano e DiBartolo (2007a) acrescem a *Fear of Negative Evaluation* (FNE) e a *Social Avoidance and Distress Scale* (SAD), que referem como igualmente úteis para avaliar especificamente a ansiedade social na adolescência. A aplicação destes questionários de auto-resposta é adequada à adolescência, por se haver comprovado que os adolescentes parecem ser

informadores credíveis acerca das suas próprias vivências, nomeadamente de ansiedade social (Cunha, 2005; C. A. Kearney, 2005; Pinto-Gouveia, 2000; Schachter, Kleinman, & Harvey, 2005). De facto, trabalhos anteriores comprovam não existirem diferenças significativas nos níveis de ansiedade social reportados por pais e seus filhos. Ainda assim, o clínico deve sempre estar atento ao facto de que a criança e adolescente com ansiedade social procura apresentar-se ao outro numa perspectiva positiva e, portanto, poderá reportar menos sintomas, principalmente no que se refere ao evitamento (DiBartolo, et al., 1998).

A escala SAS-A encontra-se adaptada para língua portuguesa, tendo demonstrado possuir boa consistência interna, estabilidade temporal e validade de constructo. A sua constituição foi coincidente com a versão americana, sendo identificados três factores: medo de avaliação negativa, desconforto e evitamento em situações sociais novas, e desconforto e evitamento geral (Cunha, Gouveia, Alegre, & Salvador, 2004). Além desta, existe em Portugal uma escala especificamente construída com o objectivo de analisar situações sociais típicas da adolescência que podem suscitar medos sociais (Cunha, 2005; Cunha, Gouveia, & Salvador, 2008; Cunha, Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004), que tem demonstrado boas características psicométricas ao nível da estrutura factorial, validade convergente e fidelidade, junto a adolescentes dos 12 aos 18 anos. Trata-se da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, que avalia a ansiedade social manifesta na intensidade de activação emocional e no evitamento comportamental face a 34 situações sociais típicas da adolescência, agrupadas em seis conteúdos ou factores principais: interacção com o género oposto; interacção assertiva; observação por outros; interacção em situações sociais novas; desempenho em situações sociais formais; e comer e beber em público. Relativamente à vertente cognitiva, recentemente foi aplicado um questionário de pensamentos automáticos negativos a adolescentes com ansiedade social, como medida de caracterização e avaliação da eficácia terapêutica (Salvador, 2010), mas sem que a sua qualidade psicométrica com esta amostra tenha sido definida. Assim, no que se refere aos aspectos cognitivos da ansiedade social presentes já na adolescência, não parecem existir questionários de auto-resposta específicos estabelecidos na literatura (C. A. Kearney, 2005).

## **1.6 Intervenção na Ansiedade Social**

Estão disponíveis vários programas de intervenção para a ansiedade social, para as várias faixas etárias, permitindo a intervenção precoce nesta dificuldade social bem como formas de apoio a indivíduos que sofrem da perturbação de ansiedade social ao longo de toda a sua vida. Ainda assim, cingem-se a grupos com perturbação clínica, como definida pelo DSM-IV. Considerando a ansiedade social como existindo num contínuo até à sua forma patológica, uma

grande parte da população afectada em níveis mais baixos ou médios do contínuo pode, assim, continuar a ser descurada.

### 1.6.1 Técnicas de intervenção na ansiedade social.

Parecem haver componentes essenciais da intervenção na ansiedade social, partilhadas pela maioria dos programas de intervenção e fundamentadas na teoria cognitivo-comportamental, embora devam ter aplicadas de forma diferenciada em função da faixa etária a que se dirigem (Kashdan & Herbert, 2001; Lincoln, 2003; McManus, 2007): psico-educação, dessensibilização sistemática e/ou exposição comportamental com relaxamento, treino de competências e reestruturação cognitiva. A **psico-educação** passa por descrever os processos e sintomas desta dificuldade, como agem em conjunto para se auto-perpetuar, o factor adaptativo de níveis adequados de ansiedade social e que estratégias o programa pretende implementar para os fomentar, cumprindo um dos pressupostos fundamentais da terapia cognitivo-comportamental, que pretende aumentar o nível de auto-controlo percebido pelo sujeito sobre as próprias dificuldades e sua gestão.

A **exposição comportamental com relaxamento** refere-se à confrontação sistemática com os eventos temidos, usualmente de forma gradual ao longo de uma hierarquia de medos, enquanto se procura reconhecer e controlar os sinais de activação fisiológica, primeiro em contexto de intervenção e posteriormente em contexto real, de forma a generalizar as competências adquiridas. Ao utilizar técnicas de relaxamento emparelhadas com situações ansiógenas estará a proporcionar-se a **inibição recíproca** da resposta ansiosa, que é incompatível com a resposta controlada e volitiva de relaxamento (Pinto-Gouveia, 2000). A exposição comportamental pretende a diminuição do uso de comportamentos de segurança (McManus, et al., 2008), o que poderá levar a resultados sociais positivos que reforçam o novo comportamento e podem servir como informação contraditória às expectativas de probabilidade e custo negativo de eventos sociais (Alden & Bieling, 1998). Para obter este sucesso social, é importante o **treino de competências sociais**, como assertividade, considerando que o desempenho social de sujeitos com ansiedade social é, de facto, usualmente mais pobre e percebido como tal (Stopa & Clark, 1993). Este treino ocorre usualmente por instrução didáctica e treino de auto-instrução, modelagem pelos dinamizadores ou terapeutas e exercícios de role-play com feedback correctivo, cuja prática se pretende ser generalizada à vida real do adolescente (Rowa & Antony, 2005).

Finalmente, a **reestruturação cognitiva** consubstancia-se na identificação, avaliação objectiva e disputa realista de pensamentos automáticos ou crenças centrais negativas, construindo uma visão mais realista de como o sujeito se parece aos olhos dos outros. A

importância de fomentar a probabilidade de interpretação positiva dos eventos e reestruturar as imagens automáticas negativas tem sido confirmada (Murphy, et al., 2007; Wild, et al., 2007), parecendo ser mais produtivo começar com pensamentos relativos a si próprio e só depois relativos à opinião ou percepção que os outros possam ter do próprio (Brown & Stopa, 2008). Neste sentido, a própria relação terapêutica poderá ser sobremaneira importante, por poder tornar-se um modelo de relação interpessoal contraditório às representações interpessoais anteriores negativas e disfuncionais. Esta nova representação adaptativa poderá ser generalizada, quebrando o ciclo interpessoal em que o sujeito com ansiedade social usualmente está envolvido (Cunha, 1996; Waddington, 2002).

Ainda que face à heterogeneidade da ansiedade social seja salientada a importância de adequar os programas de intervenção às características do sujeito em específico (Hofmann, 2007), a intervenção cognitivo-comportamental com treino de competências sociais tem-se revelado eficaz e relativamente isenta de custos face à ansiedade social, com efeitos positivos a longo prazo, quer considerando de forma isolada a exposição comportamental ou a reestruturação cognitiva (Gil, Carrillo, & Meca, 2001; Lincoln, 2003; Pinto-Gouveia, 2000; Rowa & Antony, 2005), e também na infância e adolescência (Isolan, Pheula, & Manfro, 2007). As estratégias cognitivo-comportamentais, que objectivam a mudança cognitiva, na representação de si próprio, do custo social e probabilidade de eventos sociais negativos, e a exposição comportamental, por aumentar a auto-eficácia percebida, são consideradas importantes mediadores da mudança terapêutica na ansiedade social (Hofmann, 2007). Por outro lado, o treino de competências sociais surge igualmente como pertinente (Gil, et al., 2001), sendo que a promoção de competências assertivas e de gestão de conflitos permitirá sucesso social na exposição comportamental e o consequente reforço da percepção das relações como menos competitivas e mais cooperativas (Gilbert, 2000).

Outros aspectos parecem surgir como condicionantes da mudança terapêutica na ansiedade social, nomeadamente a **co-morbilidade** dos indivíduos sujeitos a intervenção, a **relação terapêutica** construída e a **existência e adesão a um protocolo de intervenção** (Hofmann, 2007). A aliança terapêutica surge como uma preocupação acrescida, por poder ser perturbada pelo ciclo interpessoal característico da ansiedade social (Kachin, et al., 2001), pelo que a maioria dos programas de intervenção recomenda a dinamização das sessões por dois terapeutas, com formação específica nas técnicas e racional da intervenção. É importante que a relação terapêutica seja conscientemente construída como um modelo positivo, de encorajamento e confiança no desempenho social e controlo de ansiedade social que se pretende aumentar no adolescente (Pinto-Gouveia, 2000). Por fim, outro aspecto merecedor de atenção é o formato da intervenção, sendo que o formato em grupo e a participação dos pais face a momentos e aspectos chave da intervenção parecem ter obtido os melhores resultados (Gil, et al., 2001; Isolan, et al., 2007).

Na finalização de uma intervenção será importante trabalhar a **prevenção da recaída**, procurando atribuir os sucessos ao esforço, aprendizagem e investimento pessoal, rever o progresso conseguido ao longo das sessões e antecipar e construir um plano realista de gestão de dificuldades sociais futuras. Com crianças e adolescentes poderá ainda ser útil realizar uma mostra (individual ou junto de outros significativos) das aprendizagens e competências adquiridas e dos progressos realizados (Pinto-Gouveia, 2000).

#### 1.6.2 Programas de intervenção na ansiedade social.

Apesar dos estudos versando a intervenção psicoterapêutica na ansiedade social na infância e adolescência serem ainda escassos (Isolan, Pheula, & Manfro, 2007), são de referir cinco programas de intervenção específica para a adolescência, devidamente documentados e avaliados: o *Coping Cat*, o *Intervención en Adolescents con Fobia Social Generalizada*, o *Cognitive-Behavioral Therapy for Social Phobia in Adolescents*, o *Skills for Academic and Social Success*, e o recentemente desenvolvido em Portugal *Ser Eu Próprio Entre os Outros*.

O *Coping Cat* (Kendall & Hedtke, 2006a, 2006b) foi construído para aplicação junto a crianças dos 8 aos 13 anos, com diagnóstico de ansiedade generalizada, ansiedade de separação e personalidade evitante ou fobia social. Existe também uma versão para adolescentes dos 14 aos 17 anos. Fundamenta-se na teoria cognitivo-comportamental, encorajando o participante a enfrentar activa e adequadamente os seus medos, seguindo um modelo de gestão eficaz representado pela figura de um gato (daí o título do programa). Decorre em 16 sessões semanais, que incluem técnicas cognitivas e comportamentais, nomeadamente: psico-educação de pais e crianças acerca da perturbação, técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, ensino de competências, modelagem e *role-play* na sessão e exposição real, segundo os princípios da dessensibilização sistemática. Trabalhos anteriores comprovam a eficácia deste programa, segundo informação recolhida junto das crianças participantes e seus pais. Verificou-se diminuição de sintomas mantida em *follow-up* e em comparação com grupos de controlo (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997), principalmente se a participação dos pais for sistematizada como parte integrante da intervenção (P. M. Barrett, M. R. Dadds, & R. M. Rapee, 1996). O formato em grupo ou individual não parece distinguir o nível de benefícios obtidos com o programa (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000). Existe uma tradução livre deste programa para a língua portuguesa (P. Almeida & Gonçalves, 1991), embora a sua eficácia não tenha sido avaliada.

O programa *Intervención en Adolescents con Fobia Social Generalizada* (IAFS; Olivares, 2004) foi construído para intervenção junto a adolescentes dos 14 aos 18 anos, com diagnóstico de fobia social generalizada. Fundamenta-se na teoria cognitivo-comportamental, recorrendo a

métodos de reestruturação cognitiva e exposição comportamental. Decorre em 12 sessões de grupo semanais, contemplando uma fase de educação, outra de ensino de competências, uma terceira de exposição comportamental *in vivo* e uma última de reestruturação cognitiva e questionamento de pensamentos automáticos negativos. A última sessão deste programa é dedicada à prevenção da recaída. A eficácia deste programa foi relatada a nível da diminuição de sintomas, aumento de competências sociais, e diminuição do evitamento social, em comparação com um grupo de controlo (Rodríguez, Alcázar, & Rodríguez, 2005; Rodríguez & López, 2001), e mantida num *follow-up* de 6 e 12 meses (Rodríguez, et al., 2005).

O programa *Cognitive-Behavioral Therapy for Social Phobia in Adolescents* (CBGT-A; Albano & DiBartolo, 2007a, 2007b) foi desenvolvido por Albano, Marten, Holt, Heimberg e Barlow (1995). Visa intervir com base em fundamentos cognitivo-comportamentais junto de adolescentes dos 13 aos 17 anos, com diagnóstico de fobia social. Pretende ensinar a controlar e minimizar a ansiedade e concomitante evitamento comportamental de situações sociais, recorrendo a técnicas cognitivas (reestruturação cognitiva, resolução de problemas), comportamentais (exposição de forma estruturada, gradual e efectiva) e treino de competências sociais. Este programa é composto por entre 16 a 20 sessões de grupo, primeiro quinzenal e depois semanalmente. A primeira fase do programa destina-se à aprendizagem e treino de competências; a segunda passa pela exposição a situações simuladas e reais. O programa termina com a abordagem de estratégias de prevenção da recaída. A participação dos pais ocorre em alguns momentos chave, ao longo do programa. A eficácia do CBGT-A tem sido comprovada na remissão de diagnóstico, no pós-tratamento e no *follow-up* até um ano (Albano, et al., 1995). A participação dos pais não parece aumentar a eficácia do programa no imediato (Hayward et al., 2000; Tracey et al., 1999), mas é referida como associada a menor probabilidade de recaída a longo prazo (Albano & DiBartolo, 2007a).

O programa *Skills for Academic and Social Success* (SASS) foi desenvolvido por Masia et al. (1999) para aplicação específica em contexto escolar junto de adolescentes com diagnóstico de fobia social. É fundamentado na teoria cognitivo-comportamental, envolvendo as seguintes componentes: psico-educação, pensamento realista, treino de competências sociais, exposição comportamental e prevenção da recaída. Conta com a participação explícita de pais, professores e pares. Decorre em 12 sessões semanais de grupo de curta duração, 2 sessões individuais e 4 eventos sociais com a participação dos alunos pares apoiantes. São realizadas reuniões periódicas com pais e professores, onde se pretende ensinar-lhes estratégias de ajuda aos alunos participantes e conhecer a sua evolução no contexto real familiar e escolar (Fisher, Masia-Warner, & Klein, 2004). O programa tem sido avaliado com sucesso, ao nível da remissão de sintomas de ansiedade e de evitamento, auto e hetero-avaliados (Masia, Klein, Storch, & Corda, 2001), bem como melhoria do funcionamento global, mantida em *follow-up* de 9 meses e em comparação com um grupo de controlo (Masia-Warner et al., 2005) ou com um grupo sujeito a um programa de controlo de atenção (Masia-Warner, Fisher, Shrout, Rathor, & Klein, 2007).

O programa *Ser Eu Próprio Entre os Outros* foi desenvolvido e divulgado muito recentemente (Salvador, 2010), dirigido a adolescentes com fobia social generalizada. Este programa inclui 18 a 21 sessões de grupo semanais de 2 horas, sessões individuais e sessões com pais e professores. Como técnicas de intervenção, valoriza a utilização do *vídeo feedback* e realização de experiências comportamentais, com foco da atenção no exterior e desistência de comportamentos de segurança. Estas técnicas são aplicadas ao longo de três fases de intervenção, a primeira passando pela psico-educação relativamente a ansiedade social de uma forma geral e sentida individualmente, pelo teste empírico da veracidade das auto-representações em exposições comportamentais dentro e fora das sessões, e pela exposição comportamental com controlo da atenção e dos comportamentos de segurança praticados em vários contextos sociais. Este programa foi avaliado de forma positiva, reflectida na diminuição significativa de sintomas de ansiedade e sua interferência no funcionamento quotidiano, bem como melhoria de relações sociais no momento de pós-intervenção, mantidas nos momentos de *follow-up* a 1 e 3 meses.

### **1.6.3 Avaliação da mudança terapêutica.**

A maioria dos estudos de avaliação da intervenção na ansiedade social foi realizada com base na comparação entre os resultados dos participantes, no início e no fim do tratamento, em várias medidas estandardizadas de auto-resposta, versando constructos associados à ansiedade social, de forma mais directa (por exemplo medo de avaliação negativa (FNE)) ou indirecta (por exemplo, auto-estima). A eficácia da intervenção a longo prazo é verificada por nova avaliação nas mesmas medidas algum tempo após a conclusão do tratamento, tendo sido comprovada uma melhoria continuada nestes momentos no seguimento de intervenções cognitivo-comportamentais (Gil, et al., 2001). Os vários estudos apontam aleatoriamente diferentes tempos de *follow-up*, nomeadamente 3, 6 ou 9 meses, 1, 2 ou 5 anos, devendo ser considerada na escolha do tempo decorrido o controlo possível de experienciais sociais ou mudanças desenvolvimentais passíveis de explicar a mudança terapêutica entretanto decorrida.

As diferenças entre os diferentes momentos de avaliação podem ser consideradas de forma conjunta ou individual. No primeiro caso, é analisada a diferença da média do grupo como um todo em diferentes momentos de avaliação; no segundo caso é analisada a mudança clinicamente significativa individual, em que se avalia o nível de significância da mudança nas respostas do sujeito, ajustado para o índice de fidelidade dos instrumentos usados. Em função dessa mudança poderá caracterizar-se o sujeito em diferentes níveis de resposta à intervenção, em comparação com um grupo de controlo ou com a média de resultados esperados para a população normal (E. A. Wise, 2004). Ainda, considerando os prejuízos funcionais alargados que afectam os sujeitos com ansiedade social, será importante avaliar a validade ecológica destas



intervenções, ou seja, a forma como propiciam o aumento do bem-estar, qualidade de vida e funcionamento interpessoal dos participantes (Morais, et al., 2008).

A avaliação dos programas de avaliação considerados parece provir maioritariamente dos seus países de origem, sendo realizada em grande parte pelos seus próprios autores. Estudos transculturais seriam pertinentes e atestariam a eficácia e generalização dos programas e técnicas utilizadas. Embora a conceptualização e avaliação de programas de intervenção na área da ansiedade social seja promissora, apenas um foi aplicado e validado muito recentemente para a população portuguesa. Igualmente, a maioria dos programas parece ter sido aplicada em amostras e contextos controlados e criteriosamente seleccionados, pelo que a generalização dos resultados a contextos não académicos e naturalistas, nomeadamente comunitários ou académicos deverá ser considerada (Kashdan & Herbert, 2001).

## Síntese de Capítulo

A ansiedade social é caracterizada por sentimentos de medo e desconforto em situações sociais em que o sujeito tem consciência de poder estar a ser observado ou julgado por terceiros. Pode variar em diferentes níveis de intensidade e, conseqüentemente, de interferência na vida quotidiana dos indivíduos, a nível psicossocial e/ou ocupacional.

Vários factores etiológicos podem tornar o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento de ansiedade social. De entre eles contam-se factores genéticos ou hereditários, temperamento caracterizado por inibição comportamental face a ameaças sociais, práticas parentais caracterizadas por superprotecção, isolamento social e/ou autoritarismo, relações com pares não satisfatórias, défice de competências sociais que tornam as experiências sociais negativas ou punitivas, ou uma experiência social traumática, humilhante ou abusiva. Nenhum destes factores é determinante no surgimento, desenvolvimento ou manutenção da ansiedade social. Pelo contrário, parecem ser apenas factores de risco, que em conjunto poderão representar maior propensão a esta dificuldade interpessoal.

Os medos sociais são uma experiência que se torna mais comum na adolescência, quando as exigências sociais, por um lado, e a auto-consciência pública, por outro, se tornam aumentadas. Este cenário torna o adolescente particularmente vulnerável ao desenvolvimento de ansiedade social em intensidade e interferência considerada patológica, pelo que a atenção prestada à sua manifestação sub-clínica merece especial cuidado. A intensidade e persistência dos medos sociais na adolescência tardia (16 - 18 anos) usualmente significam maior risco de diagnóstico e desenvolvimento de perturbação de ansiedade social. A presença de ansiedade social tem influência negativa na vida quotidiana do adolescente, a nível académico e social, e principalmente nas raparigas. Igualmente, está associada a alta taxa de co-morbilidade.

A manifestação destas dificuldades é bastante semelhante na idade adulta e adolescência, sendo evidente a nível fisiológico, cognitivo e comportamental. Os modelos cognitivos de ansiedade social têm procurado organizar as evidências desta manifestação. Assim, postulam a existência de representações cognitivas negativas acerca de si próprio, dos outros e das relações interpessoais, que activam pensamentos sociais negativos por intermédio de enviesamentos no processamento de informação social. Estes pensamentos, por sua vez, associam-se à activação emocional, fisiológica e comportamental em situações sociais, caracterizada por experiência intensa de ansiedade, activação fisiológica e adopção de comportamento de segurança ou evitamento das situações sociais ansiógenas.

Vários instrumentos de avaliação tem sido desenvolvidos e avaliados para versar estas várias dimensões do funcionamento psicológico na ansiedade social, embora no que se refere à infância e adolescência, e em específico no nosso país ainda haja alguma escassez de

instrumentos. Destacamos a Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, que foi desenvolvida especificamente considerando as experiências sociais dos adolescentes portugueses e avalia as dimensões emocional e comportamental do funcionamento psicológico.

No que respeita à intervenção, são igualmente consideradas estratégias terapêuticas que versem os vários componentes do funcionamento psicológico que parecem ser afectados na ansiedade social. A intervenção de natureza cognitivo-comportamental, que inclui técnicas de psicoeducação e reestruturação cognitiva conjugadas com treino de competências sociais e exposição e experimentação comportamental dentro e fora da sessão, tem provado ser eficaz na remissão de sintomas de ansiedade social, em amostras clínicas e comunitárias. Destacamos o programa de intervenção construído e avaliado junto a adolescentes com fobia social generalizada em Portugal, mas que não faz uso das componentes de intervenção referidas, nomeadamente a reestruturação cognitiva e o treino de competências sociais.

Considerando que o défice de competências sociais, associado à diminuída qualidade das relações com pares, parece ser especialmente relevante no desenvolvimento e manutenção de ansiedade social na adolescência, será importante compreender e conhecer como as competências sociais, nomeadamente assertivas, podem ser caracterizadas e associadas à ansiedade social.

---

## **CAPÍTULO 2: ASSERTIVIDADE**

---

## Capítulo 2: Assertividade

### 2.1 Estilo de Comunicação Assertivo

A literatura não parece ser unânime ou consensual quanto à definição de assertividade (Alberti & Emmons, 1990; Carochinho, 2002; Detry & Castro, 1996; Heimberg & Becker, 1981; Rakus, 1991), constituindo dificuldades a qualquer investigador que pretenda estudar este constructo (Heimberg & Becker, 1981).

Durante muito tempo a assertividade sofreu do que poderemos chamar de “enviesamento de vocabulário”. Tendo surgido e se desenvolvido na altura do “*self-made man*”, foi inicialmente associada apenas a conseguir o que se quer, defender os próprios direitos e fazer-se valer a si mesmo, sendo por isso especialmente treinada em mulheres, que começavam na altura a exigir igualdade de direitos (Rakus, 1991). Este tipo de assertividade negativa, associada unicamente à expressão de sentimentos negativos como desacordo face ao desrespeito dos próprios direitos, levou a uma proliferação de trabalhos nos anos 70 e 80, que foram interrompidos, por assertividade se ter assemelhado perigosamente de agressividade: o defender-se independentemente ou mesmo à custa dos outros.

Ao longo do tempo, a noção de assertividade positiva, associada à expressão de sentimentos positivos como o agrado, a satisfação, o afecto, o dar e receber elogios entre outros, foi acrescida ao conceito de assertividade, como é atestado pela evolução de instrumentos de avaliação e conteúdos abordados no treino assertivo. A esta extensiva reformulação do conceito de assertividade (Rakus, 1991), seria ainda acrescida a noção de assertividade responsável ou empática, que foca a importância da empatia e consideração de desejos, sentimentos e pensamentos tanto do emissor como do receptor da mensagem assertiva (Heimberg & Becker, 1981; Watanabe, 2006). Esta perspectiva empática da assertividade é percebida como mais positiva e socialmente aceite (Rakus, 1991; Watanabe, 2006), mas apenas tem sido integrada na investigação recente, o que será patente na revisão de literatura apresentada. Será sobre esta perspectiva actualizada de assertividade que incidirá o presente trabalho.

A assertividade insere-se hoje na categoria de competência social, ou seja, do conjunto de aptidões emocionais, sociais e cognitivas necessárias a que o indivíduo seja capaz de construir uma adaptação social bem sucedida (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Vagos, 2006). É definida como um conjunto de respostas parcialmente independentes e determinadas por circunstâncias sociais, contextuais e desenvolvimentais (Lorr & More, 1981; Pearson, 1980), que contribuem para a construção de relações pautadas pela cooperação, negociação, equilíbrio e compromisso,

tratando-se, portanto, de um comportamento humano central nas relações interpessoais (Park & Yang, 2006). De facto, as consequências sociais positivas associadas a assertividade tem sido definidas como tão difusas, que assertividade se tem vindo a tornar sinónimo de aptidão social (Jardim & Pereira, 2006), pelo que os termos assertividade e aptidão social serão usados indiferenciadamente ao longo deste trabalho.

## 2.2 Perfil Etiológico de Assertividade

A assertividade poderá ser associada a uma predisposição individual, sendo posteriormente trabalhada e moldada pela aprendizagem social, no seio de interações precoces significativas (Alberti & Emmons, 1990; Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Detry & Castro, 1996; Jardim & Pereira, 2006). No que se refere às **características de desenvolvimento ou temperamento pessoal**, alguns autores têm vindo a referir a assertividade como uma característica de personalidade, inserida no contínuo da timidez (Arrindell et al., 1990), e por isso avaliada em testes de personalidade. A título de exemplo, poderemos referir o Questionário de Personalidade de Eysenck, que considera a assertividade como parte do traço de personalidade de extroversão, ou o *Sixteen Personality Factor Questionnaire*, de Cattell, que coloca a assertividade como um dos 16 factores de personalidade (Pervin & John, 2001). Esta concepção caracteriológica de assertividade tem sido associada a estilos de vinculação na infância, nomeadamente evitante ou ansioso, salientando-se a importância das relações precoces na etiologia desta aptidão social. Figuras de vinculação frias ou rejeitantes, ou, por outro lado, figuras de vinculação imprevisíveis, que fazem a criança sentir-se desadequada, vulnerável, vigilante e desejosa, mas desconfiada das relações sociais, parecem associar-se ao não desenvolvimento de um traço de personalidade assertivo, bem como a diminuída qualidade nas relações (Nofhle & Shaver, 2006).

Assim, é salientado o papel das relações precoces na **aprendizagem** da assertividade, a partir do contacto precoce com figuras significativas, que modelam e reforçam o ser assertivo e o praticar assertividade. É importante que estas relações não apenas demonstrem a prática deste tipo de comportamento, como também lhe atribuam uma valência positiva, já que os comportamentos são aprendidos em função das consequências que recebem, que são subjectivamente interpretadas (Castanyer, 2005; Silva, 2004). O reforço tem um papel importante no desenvolvimento e desempenho de respostas assertivas, sendo que depois de adquirida por modelagem ou instrução, a resposta assertiva só será mantida se positivamente reforçada, o que provavelmente derivará naturalmente de relações sociais assertivas (Heimberg & Becker, 1981), assim se mantendo um ciclo auto-sustentado de respostas assertivas em contextos sociais. A resposta assertiva é a alternativa comportamental universalmente preferida

e que leva aos melhores resultados sociais, relacionados com o auto-controlo e respeito nas trocas interpessoais (Duckworth & Mercer, 2006).

A influência dos estilos parentais sobre as competências sociais desenvolvidas e praticadas é mantida ainda durante a adolescência. Engels, Dekovic e Meeus (2002) concluíram que as relações familiares do adolescente parecem influir na qualidade e quantidade das suas relações com pares, através de um efeito mediador das competências sociais assertivas desenvolvidas e praticadas. Verifica-se que menores níveis de ansiedade e maior prática de respostas assertivas em situações sociais parecem associar-se a estilos parentais flexíveis que estimulam a autonomia, independência, conhecimento, partilha e expressão de afecto mútuo. Por outro lado, regras e papéis pouco claros na família associam-se a maior ansiedade nas relações interpessoais. Drozd e Pokorski (2007) referem que esta influência parental sobre a competência social dos adolescentes pode ser diferenciada em função do sexo do adolescente e em função de se referir ao estilo parental de mãe ou pai. Uma atitude protectiva e de afecto entre mãe e filho, mas não entre mãe e filha, e liberal entre pai e filho parece ter impacto positivo na qualidade das relações interpessoais íntimas e assertivas do adolescente; já uma atitude protectiva do pai em relação a filhas parece ter um impacto negativo sobre a capacidade de exposição social das mesmas.

Destas relações com figuras significativas poderá não ter resultado a aprendizagem de uma resposta assertiva eficaz ou, tendo sido realizada esta aprendizagem, ainda assim ela não se reflectir em prática comportamental. A não modelagem, não reforço ou mesmo punição de comportamentos assertivos e/ou o reforço de comportamentos não assertivos podem fundamentar défices assertivos, quer seja porque a criança nunca aprendeu como praticar comportamentos assertivos, quer seja porque, tendo-os aprendido, acabou por associá-los a punição, desvalorização ou rejeição (Castanyer, 2005; Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Heimberg & Becker, 1981; Spence, 2003). No primeiro caso, o défice assertivo será de aprendizagem, enquanto no segundo caso a prática assertiva será inibida por factores emocionais, cognitivos e ambientais, tratando-se de um défice de desempenho. Estes tipos de défices assertivos podem co-existir, exacerbando-se mutuamente (Spence, 2003).

Referindo-se aos factores emocionais de inibição de prática assertiva, altos níveis de activação emocional, nomeadamente ansiosa, poderão inibir o uso de competências sociais de forma apropriada (Spence, 2003; Wolpe, 1973). De facto, o défice assertivo parece estar presente em várias perturbações emocionais e comportamentais (Spence, 2003), o que salienta a importância de competências desta natureza como factor protector na saúde mental.

Os factores cognitivos de inibição de prática assertiva consubstanciam-se em padrões disfuncionais de processamento de situações sociais, por não reconhecimento ou enviesamento cognitivo sobre as pistas sociais. As atitudes dos pais em relação ao comportamento social da criança podem ser especialmente relevantes neste sentido, na medida em que moldam a sua

identidade social e as suas expectativas em relação a possíveis interações com outros. A criança constrói representações acerca dos comportamentos sociais valorizados pelos parceiros de interação, que lhe permitem manter as relações. Igualmente, constrói representações acerca de si própria e das suas competências em relações sociais, à medida que lhe vão sendo colocadas exigências adequadas às suas aptidões e fase de desenvolvimento e vão sendo criticadas de forma construtiva as suas competências e não o seu valor individual. Por fim, a representação da igualdade de direitos entre a criança e os outros é também moldada, pela consistência de regras, direitos e deveres atribuídos a crianças com o mesmo nível de competências e maturidade desenvolvimental (Castanyer, 2005).

No que se refere a factores ambientais de inibição de prática assertiva, poderá ser referido o nível de desenvolvimento do sujeito e os contextos sociais específicos em que se move. A assertividade representa uma competência em constante mudança, à medida que diferentes fases de vida e tipos de interação implicam a confrontação com diferentes exigências sociais, derivadas do contexto ou situação social ou daqueles com quem se interage (Alberti & Emmons, 1990; Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Jardim & Pereira, 2006; Rakus, 1991; Vagos, 2006). O comportamento assertivo pode ser medido pela eficácia de uma resposta ao permitir produzir, manter ou aumentar o reforço social obtido numa situação social, para todas as partes envolvidas (Heimberg & Becker, 1981; Lorr & More, 1981), de acordo com as normas e expectativas sociais a que o sujeito está vinculado (Rakus, 1991). Assim, a prática assertiva está fortemente dependente de vários factores circunstanciais, envolvendo possivelmente uma aprendizagem marcada na infância e associada a importantes características individuais, mas que perdura e é refinada por toda a vida (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Duckworth & Mercer, 2006; Heimberg & Becker, 1981; Rakus, 1991), à medida que diferentes contextos e fases de desenvolvimento vão colocando diferentes exigências ao sujeito. Neste sentido, o défice assertivo pode estar associado com dificuldades na percepção de informação relevante acerca do contexto e normas de actuação esperadas, associando-se a uma resposta desadequada (Z. Del Prette & Del Prette, 1999).

O contexto das relações entre pares na adolescência parece ser pertinente ao desenvolvimento e prática de competências sociais, especificamente assertivas, sendo os próprios adolescentes a referir a importância de manter os próprios valores, decisões e opiniões autênticos face à pressão dos pares (Erwin, 2002; Eskin, 2003). Parece existir uma relação entre a competência assertiva referente à defesa dos próprios direitos e opiniões na adolescência e a diminuída intenção ou taxa de início de consumo de substâncias; os adolescentes com maiores níveis de competência assertiva parecem sentir-se mais capazes de satisfazer as próprias necessidades, ao contrário de adolescentes com défice assertivo, que poderão recorrer a substâncias como forma de *coping* ou alívio do stress social a que são expostos (Trudeau, Lillehoj, Spoth, & Redmond, 2003). A recusa no consumo de substâncias ou de outros comportamentos de risco na adolescência poderá implicar, assim, uma ampla gama de



competências assertivas que é necessário treinar de forma individualizada ao contexto (Nichols, Graber, Brooks-Gunn, & Botvin, 2006). A prática de competências sociais satisfatórias na adolescência, como assertividade e cooperação, pela sua influência na socialização do adolescente, surge, também, associada a um menor número de sintomas psicopatológicos (Landazabal, 2006). Por sua vez, menor ansiedade em situações sociais e maior prática de competências assertivas parecem associar-se a um maior envolvimento com os pares e ligações mais íntimas, com maior nível de suporte social associado (Engels, et al., 2002), o que chama a atenção para a pertinência da compreensão e treino de competências assertivas com adolescentes tímidos (Eskin, 2003).

## **2.3 Características de Assertividade**

A assertividade surge como um constructo complexo e multidimensional, cujas dimensões são diferentemente valorizadas em função dos objectivos ou âmbito de estudo (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990; Vagos, 2006). A sua manifestação pode ocorrer em três modalidades parcialmente independentes - afectiva, comportamental e cognitiva (Golden, 1981; Herzberger, Chan, & Katz, 1984), que devem ser consideradas de forma diferenciada e, ao mesmo tempo, interligada (Azais, Granger, Debray, & Ducroix, 1999)

### **2.3.1 Dimensão cognitiva.**

A dimensão cognitiva foi alvo de atenção apenas recentemente (Vagos & Pereira, 2009b), referindo-se a uma forma específica de compreender as relações interpessoais (A. Del Prette & Del Prette, 2003). Trabalhos recentes têm apontado esta dimensão cognitiva como associada a esquemas interpessoais, que incluem, por definição, representações relativas a si próprio, aos outros e às relações sociais (Elliott & Lassen, 1997; Safran, 1990a; Young, et al., 2003). Vagos e Pereira (2007a, 2007b) verificaram que a assertividade se associa a diferentes esquemas precoces mal-adaptativos, enquanto definidos por Young e colaboradores (2003), que se referem a representações negativas relativamente a vários domínios interpessoais. Especificamente, o défice assertivo aparece associado aos esquemas de abandono/ instabilidade, privação emocional, defeito/ vergonha, fracasso e subjugação. Assim, o sujeito com défice assertivo parece ter representações do outro como instável e emocionalmente frio nas suas interações; representações do *self* como possuindo falhas e tendência ao fracasso, que o tornam não digno de amor de outros; representações da necessidade de controlar a própria expressão emocional e pensamentos; e representações da relação como condicional a permitir-se ser subjugado e

controlado por outros. Estes temas vêm no sentido dos quatro temas cognitivos que já Golden (1981) havia considerado terem um papel fundamental no funcionamento assertivo: medo de rejeição e necessidade de aprovação, super-preocupação com as necessidades e direitos dos outros, auto-avaliação negativa e expectativas acerca do próprio desempenho muito elevadas, mas não acerca do desempenho do outro, e crença de que a situação problemática é imutável e permanente.

Posto isto, os esquemas associados à competência assertiva serão provavelmente positivos (Castanyer, 2005), na sequência daqueles definidos por Elliott e Lassen (1997). Referir-se-ão a uma representação positiva das próprias características e competências, a uma representação do outro como confiável e emocionalmente próximo, e a uma representação da relação como recíproca e fonte de gratificação e satisfação. Tal corresponde a uma representação tripartida que vinha sendo referida na literatura de forma desordenada: representações do *self*, do outro e da relação (Vagos & Pereira, 2009b).

No que se refere a si próprio, o indivíduo assertivo parece possuir algumas características particulares, como auto-estima saudável, sustentada numa visão integrada dos próprios pontos positivos e negativos, auto-confiança, confiança nas próprias convicções, adaptabilidade, auto-controlo, tolerância à frustração, energia, sociabilidade, interesse pela opinião dos outros, empreendedorismo, determinação e persistência (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990; Carochinho, 2002; Castanyer, 2005; Martins, 2005). O indivíduo assertivo assume responsabilidade por si mesmo, pelos seus desejos, sentimentos, pensamentos e acções, bem como pelas suas falhas e dificuldades, encarando-as de forma construtiva. Assim, define objectivos realistas em função das exigências da situação e das suas próprias competências (Z. Del Prette & Del Prette, 1999) e cria expectativas positivas, mas realistas acerca da forma de os concretizar e dos obstáculos previsíveis a esta concretização (Martins, 2005), o que poderá otimizar o seu desempenho profissional e social (Jardim & Pereira, 2006). A auto-direcção característica da assertividade parece poder contribuir para o ajustamento emocional interno do sujeito (Watanabe, 2006).

Ao mesmo tempo, este indivíduo assume responsabilidade social (Alberti & Emmons, 1990), ou seja, responsabilidade pela influência que os seus actos possam ter sobre os outros, procurando alcançar objectivos de forma correcta, respeitando os objectivos dos parceiros de interacção e colaborando, no sentido de atingir o melhor resultado possível para todas as partes envolvidas (A. Del Prette & Del Prette, 2003). Tal implica a valorização e representação do outro como igual, com os mesmos direitos fundamentais na relação, que devem ser respeitados (Alberti & Emmons, 1990; Castanyer, 2005). Assim, o indivíduo assertivo demonstra preocupação e tenta compreender o ponto de vista dos outros, assumindo uma postura empática, porque o reconhece como igualmente valioso e pertinente. Neste caso, o indivíduo é capaz de considerar como se pode adequar ao ponto de vista do outro, sem pôr em causa a própria autenticidade

(Martins, 2005; Park & Yang, 2006). O outro é visto como alguém digno e capaz, com quem se discute ideias e opiniões, mas nunca o valor de cada um em si mesmo. Assim, os dois lados em relação podem afirmar as suas posições sem se anularem um ao outro (Martins, 2005), mas pelo contrário influenciando-se mutuamente. Esta percepção da própria influência sobre os outros parece ser diminuída no sexo feminino, enquanto no sexo masculino é diminuída a percepção da influência dos outros sobre o próprio, indicando diferenças na base cognitiva assertiva em função do sexo (Smye & Wine, 1980). Será de ressaltar que resultados demasiado elevados de consideração pelos outros poderão ser mal adaptativos ao nível do ajustamento emocional do sujeito, tanto em sujeitos do sexo feminino como masculino (Watanabe, 2006). A vertente cognitiva assertividade surge assim, como um ponto intermédio e equilibrado, mais uma vez remetendo para o conceito de esquemas cognitivos interpessoais adaptativos (Elliott & Lassen, 1997).

A consideração da interdependência pauta as relações interpessoais assertivas pelo respeito, frontalidade, valorização mútua, partilha, diálogo, consensos justos, compromissos e cedências de parte a parte. Ambas as partes aceitam o espaço que ocupam na relação e a influência de uma sobre a outra, procurando aceitar-se e flexibilizar-se. A relação é baseada na crença tanto nos próprios direitos como nos direitos dos outros, procurando-se, por isso, obter benefícios mútuos, mesmo que possa haver alguma frustração dos próprios interesses, pois todos os parceiros de interacção têm igual direito à defesa das próprias opiniões, direitos e interesses. Assim, a comunicação numa relação assertiva baseia-se no julgamento racional, ou seja, na percepção de que existem diferentes formas de pensar e diferentes soluções para o mesmo problema, que podem ser igualmente válidas e devem, portanto, ser reconhecidas, exploradas, avaliadas e integradas na medida do possível (Castanyer, 2005; Martins, 2005). Tal perspectiva fundamenta a eficácia e satisfação/ gratificação obtida nas interacções sociais, consequência do bem-estar de todos os interlocutores (Jardim & Pereira, 2006). A assertividade parece ser, assim, ingrediente das relações saudáveis, produtivas, equilibradas, cooperativas, contínuas, efectivas, nos ambientes profissional, social ou familiar (Alberti & Emmons, 1990; Jardim & Pereira, 2006; Martins, 2005; Park & Yang, 2006).

Sabendo a influência deste tipo de estruturas cognitivas no processamento subsequente de informação, a assertividade surge associada a uma capacidade de análise das exigências e circunstâncias da situação, que facilitem a resposta adequada (Spence, 2003) e a uma representação tripartida da realidade social, referindo-se a si mesmo, ao outro e às relações interpessoais.

### 2.3.2 Dimensão afectiva e comportamental.

De acordo com uma revisão de vários trabalhos na área, a dimensão afectiva tem sido a menos abordada na literatura acerca do tema (Vagos & Pereira, 2009b). As descrições pioneiras de assertividade definem-na como a expressão apropriada, precisa, comunicável e socialmente aceitável de qualquer emoção que não ansiedade (Wolpe, 1973). A representação de assertividade como a auto-afirmação sem a interferência de ansiedade em intensidade injustificada tem sido mantida ao longo do tempo (Alberti & Emmons, 1990; Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990; Heimberg & Becker, 1981; Jardim & Pereira, 2006), mas transformando-se à medida da evolução do conceito. O indivíduo assertivo é capaz de reconhecer, analisar e gerir as suas emoções, de forma a expressá-las da forma mais directa, espontânea e apropriada possível face à situação (Alberti & Emmons, 1990; Detry & Castro, 1996; Martins, 2005), sejam emoções positivas, como o afecto, a amizade ou a satisfação, ou negativas, como a zanga, a ansiedade ou a agressividade (Golden, 1981). Pelo contrário, a experiência de ansiedade em situações interpessoais de natureza assertiva na adolescência surge associada à adopção de estratégias de *coping* mais negativas, depressivas e de evitamento, e menos positivas, de confronto com os problemas (Bjistra, Bosma, & Jackson, 1994).

Respeitando à dimensão comportamental de assertividade, tem sido a mais claramente abordada e definida na literatura (Vagos & Pereira, 2009b), sendo caracterizada por um conjunto de respostas verbais e não verbais, que são expressas de forma coincidente (Castanyer, 2005; Vagos, 2006). Enquanto resposta social, a assertividade surge associada a vários contextos do funcionamento interpessoal (Arrindell & van der Ende, 1985), consistindo de respostas interligadas, mas parcialmente independentes (Heimberg & Becker, 1981), significando que o indivíduo pode ter níveis de desempenho diferentes, em diferentes contextos sociais ou tipos de resposta assertiva (Rakus, 1991).

As classes de resposta assertiva mais usualmente consideradas são a auto-expressão e a defesa dos próprios direitos (Alberti & Emmons, 1990; Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990). Tal poderá ser aplicado a: situações de resolução de conflitos; responder a criticismo verdadeiro e/ou tratamento injusto; fazer escolhas, expressar a própria opinião e manter-se fiel a ela, dizendo não a outros de forma clara e justificada; estabelecer limites de tempo e energia; propor mudança de comportamentos desadequados nos outros; fazer críticas construtivas que não ponham em causa o valor da outra pessoa; conhecer os próprios direitos e responder a violações sobre os mesmos, bem como sobre os direitos dos outros; pedir favores, ajuda, esclarecimento ou desculpa; agradecer; fazer perguntas de forma clara, explícita, adequada ao contexto e interlocutor; expressar sentimentos positivos, como por exemplo, gratidão, afecto ou admiração, e negativos, de que são exemplo insatisfação, dor ou discordância (Alberti & Emmons, 1990; Castanyer, 2005; Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Jardim & Pereira, 2006; Park

& Yang, 2006). A resposta assertiva a este tipo de situações denota uma capacidade de reforçar e obter reforço social, permitindo ao indivíduo manter-se integrado na identidade e normas de funcionamento do grupo social a que pertence (A. Del Prette & Del Prette, 2003; Detry & Castro, 1996). O indivíduo assertivo é capaz de definir e perseguir as próprias escolhas, mas sem intimidação, manipulação, comportamento ou dolo para com os outros (Alberti & Emmons, 1990).

Vários autores tentaram reunir este conjunto de respostas sociais em subgrupos de respostas assertivas (Rakus, 1991), na maioria das vezes fundamentando a construção de instrumentos de avaliação da assertividade. A título de exemplo, poderemos referir o caso de Lorr e More (1981), que se referem a 4 dimensões assertivas (pelo menos), caracterizadas como uma competência e uma tendência para agir de determinada forma face a estímulos sociais. Os autores definem a assertividade social como a dimensão assertiva que é aprendida e desenvolvida mais precocemente, e que se associa à capacidade de iniciar, manter ou terminar interações sociais de forma fácil e confortável, seja com conhecidos, estranhos ou figuras de autoridade, em situações de interação social. Mais tarde, dar-se-á o desenvolvimento de competências assertivas em relação aos outros, consubstanciadas na defesa dos próprios direitos e recusa de pedidos, face a violações dos direitos pessoais ou pedidos irrazoáveis, ou, por outro lado, na iniciativa na gestão de grupos em situações sociais problema, que exigem acção, decisão e/ou assumir responsabilidades. Por último, desenvolver-se-á a autonomia e independência, que se referem à capacidade de resistir à pressão para o conformismo e cedência e de expressar as próprias opiniões e crenças. Os mesmos autores, acompanhados por Heimberg e Becker (1981), referem ainda que a probabilidade de transferência de respostas assertivas de uma a outra dimensão é reduzida, tratando-se de competências parcialmente independentes e que variam num contínuo.

Arrindel e colaboradores (1990; 1985) apresentam uma versão simplificada destas dimensões, referindo-se a 1) assertividade negativa, que passa pela expressão de sentimentos negativos, como defesa dos próprios direitos e interesses, pedido de mudança de comportamento incomodativo no outro, recusa de pedidos irrazoáveis e iniciativa na resolução de problemas e satisfação das próprias necessidades; 2) expressão e gestão de limitações pessoais, que se refere a admitir as próprias falhas, desconhecimentos ou dificuldades, gerir o criticismo e pressão social e pedir ajuda ou atenção quando necessário; 3) assertividade de iniciativa, que se assemelha à assertividade social descrita por Lorr e More (1981); e 4) assertividade positiva, que passa por dar e receber elogios e expressar demais sentimentos positivos. Estas dimensões sociais integram-se numa visão mais actualizada e integrada de assertividade negativa e positiva, tal como definida por Rakus (1991).

Este leque variado de contextos sociais pode associar-se a respostas assertivas particulares de acordo com o local, o momento e o parceiro ou situação social (Jardim & Pereira,

2006), ainda que pautadas por um conteúdo e mensagem com alguma consistência. Rakus (1991) refere-se, por exemplo, à distinção entre relações mantidas e esporádicas, sendo que nestas últimas uma resposta assertiva poderá implicar menor nível de empatia. Igualmente, nas relações mantidas, distingue funcionais de íntimas, sendo que nas primeiras a empatia será expressa mais em termos de explicações fundamentadas e nas segundas na forma de consideração e troca de sentimentos. Já Eceiza, Arrieta e Goni (2008) referem que o contexto interpessoal surge como principal diferenciador de competências sociais, sendo que em diferentes contextos são activados diferentes tipos de respostas sociais.

O comportamento assertivo verbal ou conteúdo da mensagem caracteriza-se por ser uma forma honesta, directa, firme, activa, reflectida, calma, segura e respeitosa de expressar os próprios pensamentos, sentimentos, crenças, sem se deixar manipular ou manipular aqueles com quem se interage (Alberti & Emmons, 1990; Castanyer, 2005; Z. Del Prette & Del Prette, 1999). O indivíduo age por própria iniciativa e não apenas em reacção aos outros, transmitindo uma mensagem clara e não evasiva, que é o ponto central da sua comunicação (Martins, 2005). Trata-se de uma auto-afirmação positiva, fundada mais em verbos cognitivos que em verbos emocionais (por exemplo, "Eu penso" ou "Eu acredito" e não "Eu sinto" ou "Eu quero"; Rakus, 1991). Este tipo de afirmações demonstra uma percepção ou perspectiva pessoal da situação, a que cada um tem direito, e não uma constatação factual (Rakus, 1991). Tal denota a valorização do outro com quem se interage (Alberti & Emmons, 1990; Z. Del Prette & Del Prette, 1999), expressando um interesse genuíno por ouvir e compreender as opiniões, decisões, sentimentos ou exigências dos outros, e expressando o próprio como apenas mais um ponto de vista subjectivo sobre a situação factual. Assim se tenta, por meio de cooperação e negociação, chegar a um acordo mutuamente vantajoso para todas as partes envolvidas na situação social (Alberti & Emmons, 1990; Castanyer, 2005; Jardim & Pereira, 2006; Martins, 2005).

Assim, este tipo de comportamento não apenas reforça o próprio sentido de auto-conhecimento, auto-eficácia e auto-estima, por ser possível expressar-se livremente, como contribui para a satisfação do parceiro de interacção, por sentir-se respeitado, considerado e atendido na relação social (Alberti & Emmons, 1990; A. Del Prette & Del Prette, 2003). Por sua vez, este parceiro de interacção provavelmente estará aberto à negociação e ao respeito pelo próprio sujeito, pelo que a probabilidade de que as necessidades pessoais sejam respondidas no contexto das relações interpessoais é aumentada (Trudeau, et al., 2003) e as trocas positivas entre os interlocutores são maximizadas (Z. Del Prette & Del Prette, 1999). Assim, o comportamento assertivo tem servido para distinguir sujeitos assertivos de não assertivos, caracterizados por maiores níveis de auto-estima em contextos sociais, percepção de bem-estar e de suporte social disponível (Bjistra, Bosma, & Jackson, 1994). A resposta assertiva dá-se sempre entre dois pólos de comunicação, o eu e o outro (Martins, 2005), sendo o ajustamento ao *feedback* mútuo, que se dá na interacção, um princípio característico das correntes mais actuais de assertividade e que parece ter-se tornado o foco da intervenção, que pretende o treino

assertivo empático para manter e otimizar a qualidade da vivência social do sujeito (Rakus, 1991).

O comportamento assertivo não verbal ou estilo da mensagem caracteriza-se, de uma forma geral, por enfatizar e ser congruente com a mensagem verbal transmitida. Assim, refere-se ao contacto visual firme e intermitente, mais directo quando se fala e menos incisivo quando se ouve; aos movimentos e gestos espontâneos, naturais, expressivos e adequados à mensagem verbal que se pretende transmitir; ao tom de voz moderado, bem modulado, uniforme, fluído, relaxado, firme e confiante; às expressões faciais e postura corporal comedida, relaxada, segura, inclinada para a frente, mantendo uma distância adequada entre parceiros de interacção, dependendo da intimidade e hierarquia, entre outros (Alberti & Emmons, 1990; Castanyer, 2005; Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Jardim & Pereira, 2006; Rakus, 1991). Relativamente ao discurso em si, usualmente verifica-se economia de palavras (Martins, 2005), mas respostas compridas quando se trata de justificar e defender a própria posição. Em qualquer caso, o tempo de latência é curto relativamente à alternância característica do diálogo social (Detry & Castro, 1996) e é respeitada esta alternância do discurso, que permite atender à mensagem recebida pelo parceiro de interacção (Castanyer, 2005).

Vários trabalhos têm demonstrado que os sujeitos do sexo feminino praticam mais comportamentos assertivos. Smye e Wine (1980) concluíram que, numa altura em que o treino assertivo era fácil e frequentemente recomendado a mulheres, eram as adolescentes do sexo feminino que apresentavam maiores índices de comportamento assertivo, nomeadamente auto-expressão apropriada em função das exigências da situação e comentários que expressam reconhecimento de própria independência e direitos. No mesmo sentido vêm os trabalhos de Baldviesco (2006), que afirma que as crianças do sexo feminino tendem a ter mais respostas pró-sociais, enquanto os rapazes tendem a ter mais comportamentos agressivos e de questionamento das normas. Esta diferença de género tem sido particularizada a diferentes contextos sociais assertivos, sendo que estudantes do sexo feminino parecem ser mais assertivos na expressão e gestão de limitações pessoais (i.e. pedir ajuda, esclarecimento, desculpa; Bridges, Sanderman, Breukers, Ranchor, & Arrindell, 1991; Eskin, 2003) e os do sexo masculino surgem como mais assertivos na expressão de sentimentos negativos (i.e. expressar desacordo, insatisfação, pedir mudança de comportamento, recusar pedidos; Bridges, et al., 1991). Tal é consistente com os papéis sociais de género, que valorizam o homem como habilmente defensor dos próprios direitos e a mulher como humilde e preocupada com o seu impacto nos outros (Rakus, 1991).

Outras características sócio-demográficas parecem associar-se à prática de comportamento assertivo, sendo que trabalhos anteriores têm demonstrado que sujeitos mais velhos relatam maiores níveis de competência assertiva (Eskin, 2003), bem como sujeitos de nível sócio-económico médio em comparação com sujeitos de nível sócio-económico baixo (Teodoro, Käpler, Rodrigues, Freitas, & Haase, 2005). O nível educacional também parece poder

diferenciar sujeitos com diferentes níveis de assertividade, sendo os sujeitos com maior nível educacional a demonstrar maiores níveis de competência assertiva (Onyeizugbo, 2003).

## 2.4 Modelo Cognitivo de Assertividade

Os modelos cognitivos de assertividade nasceram dos trabalhos de Schwartz e Gottman (1976) que concluíram existir um diálogo interno de conflito nos sujeitos não assertivos, caracterizado por igual número de auto-afirmações negativas e positivas que, estando em conflito, se anulam mutuamente e levam o sujeito a não agir. Pelo contrário, os sujeitos assertivos têm maior número de auto-declarações positivas, o que incentiva a sua prática assertiva. Estes resultados levaram à conceptualização de uma possível relação causal entre auto-declarações do sujeito e o seu comportamento assertivo observado, corroborada pelo facto de que o comportamento dos sujeitos com défice assertivo era independente do conhecimento sobre como praticar a resposta comportamental assertiva desejada em determinada situação e era mais prejudicado em situações próximas do real, onde a activação cognitiva seria mais fácil.

No mesmo sentido aponta o trabalho de Bruch (1981) que confirmou a maior frequência de auto-declarações positivas, de *coping*, em sujeitos assertivos, bem como um processamento de informação diferenciadamente mais abstracto. A hipótese de diálogo interno de conflito em sujeitos com baixos níveis de assertividade foi também confirmada por Heimberg, Chianzzi, Bekcer e Madrazo-Peterson (1983), em amostras estudantis, adultas e clínicas e por Eceiza, e colaboradores (2008) em amostras estudantis. É salientada, ainda, a importância do pensamento negativo na explicação do défice assertivo, já que a presença de maior número de auto-declarações negativas (e não menor número de auto-declarações positivas) parece mais fortemente relacionado com o desempenho comportamental dos sujeitos (Heimberg, et al., 1983).

Na senda destes trabalhos, os modelos cognitivos de assertividade procuram as diferenças entre sujeitos assertivos e não assertivos ao nível dos seus processos cognitivos. Assim, e de acordo com estes modelos, a prática de competências sociais e especificamente assertivas é dependente da influência de processos cognitivos enviesados (Eceiza, et al., 2008; Heimberg & Becker, 1981; Rakus, 1991; Trower, O'Mahony, & Dryden, 1982), como sejam a interpretação da situação como suscitadora de uma resposta comportamental assertiva, a percepção de si mesmo como capaz de realizar essa resposta com sucesso e dos outros como abertos a recebê-la, ou a capacidade de recuperação de informação relativa ao desempenho em si, para a executar.

A ênfase da inibição cognitiva do comportamento assertivo está, portanto, nas características e representações individualmente construídas, que permitem a interpretação e



resposta assertiva a determinada situação social (Heimberg & Becker, 1981). Estes padrões cognitivos podem ser negativos, de natureza irracional, enviesando a interpretação da situação, da adequabilidade do comportamento assertivo, ou da própria aptidão (Z. Del Prette & Del Prette, 1999). Exemplos destas interpretações enviesadas poderão ser “não há nada que possa fazer para que a minha irmã deixe de usar as minhas roupas”, “a opinião dos outros é mais importante que a minha” ou “nunca vou ser capaz de dizer que não ao meu namorado”, respectivamente. Este enviesamento pode prejudicar ou impedir a prática assertiva (Castanyer, 2005; Z. Del Prette & Del Prette, 1999). O défice assertivo resulta, assim, da mediação cognitiva não adaptativa e não de défice no conjunto de respostas comportamentais assertivas que o sujeito conhece (Heimberg & Becker, 1981).

Rakus (1991) e Heimberg e Becker (1981), numa revisão de literatura alargada, referem que vários trabalhos têm confirmado que indivíduos com altos níveis de assertividade endossam mais afirmações positivas e facilitadoras da prática assertiva, acreditando na sua capacidade de resposta eficaz e esperando, conseqüentemente, mais resultados positivos deste desempenho assertivo, nomeadamente admiração, respeito, compreensão, justiça. Estes sujeitos apresentam, também, maior complexidade cognitiva, caracterizada pela capacidade de gestão de diferentes pontos de vista sobre uma mesma situação social e de gestão de frustração associada a eventos sociais. Assim, mais facilmente geram alternativas na resolução de problemas ou conflitos sociais, nomeadamente assertivas, escolhendo uma alternativa de resposta socialmente eficaz.

Por outro lado, Alden e Safran (1978) concluem que uma estrutura cognitiva de perfeccionismo e orientação para os outros é característica de não assertividade. Também Heimberg e Becker (1981) e Rakus (1991) referem que sujeitos com baixos níveis de assertividade endossam maior número de crenças irracionais, relativas às seguintes temáticas gerais: perfeccionismo, culpa, aprovação universal, auto-definição em função do *feedback* dado por terceiros (seja para auto-aprovar ou para auto-denegrir), catastrofização de resultados sociais obtidos, percepção da inacção como preferível à iniciativa ou ao pedido de mudança. Os sujeitos com défice assertivo apresentam, igualmente, mais expectativas negativas relativamente à probabilidade de resultados negativos, como consequência de comportamento assertivo, e à própria incapacidade de o desempenhar. Relativamente a pedidos efectuados, os sujeitos com baixos níveis de assertividade avaliam pedidos mais frequentemente como razoáveis (mesmo que sejam de baixa ou moderada legitimidade) e escolhem usualmente respostas sociais ineficazes. Face aos pedidos que avaliam como irrazoáveis, consideram não serem capazes de lhes dar uma resposta adequada, realizando uma auto-avaliação mais negativa da sua própria competência do que sujeitos com altos níveis de assertividade (Heimberg & Becker, 1981; Rakus, 1991).

Além do processamento e produtos cognitivos poderem ser diferenciados em indivíduos com diferentes níveis de assertividade, poderão estar igualmente presentes estruturas cognitivas importantes diferenciadoras, referentes à definição de si próprio, dos outros e do mundo social.

Bruch, Kaflowitz e Berger (1988) avaliaram a presença de esquemas cognitivos referentes ao *self* que caracterizassem os sujeitos assertivos. Verificaram que indivíduos com esquema pessoal assertivo processam informação sobre situações assertivas mais facilmente, e, de entre uma lista de adjectivos, atendem, codificam e recuperam mais adjectivos associados a características assertivas (por exemplo, franco, sem reservas). Tal demonstra a consideração de características assertivas como um factor relevante na representação de si próprio e do ambiente social. Em contrapartida, indivíduos sem esquema pessoal assertivo fazem uma análise aleatória da situação, não denotando uma identificação com características assertivas. Comparativamente, estes indivíduos descrevem menos experiências sociais passadas envolvendo comportamentos assertivos e afirmam que pouco provavelmente praticariam comportamentos assertivos em situações sociais hipotéticas (Bruch, et al., 1988).

Embora ainda subordinado a uma visão redutora de assertividade, como primazia da defesa dos próprios direitos (mesmo sobre os direitos e necessidades dos outros), este trabalho aponta não só para a existência de estruturas cognitivas diferenciadas em indivíduos com diferentes níveis de assertividade, mas também para a influência destas estruturas no processamento de informação social. Os indivíduos que identificam a assertividade como uma característica importante da própria auto-definição demonstram a construção e interferência de estruturas cognitivas no processamento de informação social, de forma consistente com a sua auto-imagem enquanto assertivo. Estas estruturas são, possivelmente, fundamentadas em aprendizagens derivadas de experiências sociais passadas, que são portanto tidas como mais presentes e acessíveis à memória (Bruch, et al., 1988).

Trabalhos mais recentes (Vagos & Pereira, 2007a, 2007b) apontam para diferenças entre adolescentes com diferentes níveis de assertividade em função dos domínios cognitivos endossados. Adolescentes com altos níveis de assertividade endossam crenças de que: as próprias necessidades de afecto, segurança, pertença, aceitação, serão satisfeitas nas relações; são capazes de estabelecer objectivos sociais e funcionar socialmente com sucesso, independentes de outras pessoas significativas; possuem capacidades e valores intrínsecos; devem-se preocupar com as necessidades dos outros tanto como as próprias, mantendo relações gratificantes e duradouras para todas as partes envolvidas; é aceitável reconhecer e expressar adequadamente os próprios sentimentos, impulsos e escolhas.

Este conjunto de cognições poderá ser determinante para a compreensão do comportamento do sujeito, por representar um guião de interpretação de situações semelhantes, assim suscitando respostas também tendencialmente semelhantes (Heimberg & Becker, 1981). As crenças do sujeito, nomeadamente em relação a si mesmo, podem distorcer o *feedback* social recebido, seleccionar informação ou eventos a serem alvo de atenção e memorização, ou influir nos objectivos e planos estabelecidos e formas de os alcançar, e assim reforçar as crenças prévias e manter o mesmo padrão de comportamento e interacção social (Trower, et al., 1982).

De facto, numa amostra feminina, os sujeitos com níveis mais elevados de assertividade, face a situações de risco social, geram mais alternativas de resposta social, são mais capazes de prever a resposta do outro ao seu eventual comportamento, e assim têm mais dados para a escolha da resposta social mais eficaz. Neste ciclo de competência social, as exigências da situação social são o ponto de partida a ser analisado e interpretado de forma idiossincrática, enquanto a resposta comportamental propriamente dita é o passo final subsequente ao processamento de informação social (Robinson & Calhoun, 1984).

A presença de estruturas cognitivas diferenciadas poderá justificar que sujeitos com igual conhecimento acerca do que constitui uma resposta comportamental assertiva apresentem, ainda assim, diferenças na sua prática assertiva (Golden, 1981; Robinson & Calhoun, 1984). Mesmo entre sujeitos que procuram ajuda para dificuldades interpessoais, a presença desta preocupação com a própria competência e com a reacção dos outros parece diferenciar os sujeitos com um desempenho mais prejudicado e maior nível de ansiedade em situações assertivas, tanto relatado pelo próprio como por observadores. No entanto, estes sujeitos não parecem diferenciar-se ao nível do conhecimento simbólico sobre respostas assertivas (Alden & Safran, 1978). Não basta saber como comportar-se assertivamente; é preciso estarem criadas as condições pessoais e contextuais para praticar-se um comportamento assertivo (Derry & Stone, 1979). Assim, conhecer o processamento e conteúdos cognitivos característicos do indivíduo assertivo e em que ponto se dará a sua influência sob a prática assertiva, poderá potenciar a capacidade de compreender, prever e intervir para aumentar a prática de respostas assertivas socialmente eficazes (Heimberg & Becker, 1981).

## **2.5 Avaliação da Assertividade**

Considerando que a assertividade implica as dimensões comportamental, afectiva e cognitiva do funcionamento psicológico, é importante que a sua avaliação considere todas estas componentes, bem como o quanto estão a ser funcionais na vida do sujeito. Assim, uma avaliação completa do desempenho social de determinado sujeito implica conhecer e caracterizar a forma como processa a situação ou iniciativa do interlocutor como antecedente do seu comportamento, o comportamento assertivo verbal e não verbal praticado e que sentimentos ou pensamentos o acompanham, e as consequências obtidas com o comportamento, que o podem motivar ou inibir (Castanyer, 2005; Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Duckworth & Mercer, 2006).

A realização de uma entrevista poderá permitir recolher alguma desta informação, bem como a história do problema do sujeito, os seus recursos e competências de auto-gestão, a qualidade das suas relações, os contextos sociais onde tipicamente surgem as dificuldades, os reforços e aspectos motivacionais implicados no seu comportamento e na possibilidade de

mudança (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Duckworth & Mercer, 2006; Rakus, 1991; Spence, 2003). Para que esta informação seja recolhida de forma colaborativa ao longo das sessões de avaliação e fora delas, é necessário que seja estabelecida uma boa relação terapêutica, baseada na confiança, reflexão, atenção e questionamento empático (Rakus, 1991).

Existem alguns formulários de entrevista semi-estruturados que podem ajudar o avaliador a dirigir-se e abarcar toda a informação pertinente. Exemplos são o *Galassi Assertion Self-Assessment Table* e o *Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents* (SAICA). O *Galassi Assertion Self-Assessment Table* (Galassi & Galassi, 1977) constitui-se numa matriz que pretende avaliar em adultos 10 tipos de comportamento assertivo (por exemplo, dar e receber elogios, fazer e recusar pedidos, iniciar e manter conversas, defender os próprios direitos, expressar emoções e opiniões pessoais positivas e negativas) relativamente a 9 categorias de pessoas com quem o sujeito se relacione (por exemplo, amigos do mesmo sexo ou sexo oposto, esposo/a, pais, crianças, figuras de autoridade, colegas, estranhos). Ao sujeito é pedido para caracterizar um total de 90 células de resposta, primeiro relativamente à frequência com que praticam o comportamento mencionado face à pessoa considerada e em seguida ao quanto se sentem ansiosos ao desempenhá-lo. Já o SAICA (John, Gammon, Prusoff, & Warner, 1987), embora não específico relativamente à assertividade, avalia o funcionamento de crianças e adolescentes dos 8 aos 18 anos, auto-relatado e descrito pelos pais em vários contextos sociais, nomeadamente a escola, tempos livres, com pares, irmãos ou pais. Junto a esta população mais jovem e em contexto de entrevista, algumas perguntas poderão ser igualmente pertinentes face a dificuldades sociais: Quantos amigos tens? Quem são? Há quanto tempo? Quanto estão juntos? O que costumam fazer nesse tempo? Como é a tua relação com adultos (pais, professores...)? Que tipo de actividades extra-curriculares praticas? Sentes-te ansioso em algumas situações sociais? Se pudesses, evitá-las-ias? (Spence, 2003).

A entrevista poderá ser, igualmente, um meio de observação do desempenho do sujeito, que poderá ser importante para compreender a adequabilidade do seu comportamento social verbal e não verbal. Esta observação em ensaio comportamental, no próprio contexto de avaliação, acaba por ser a forma primordial de observação, por todas as contingências que tornam difícil ou impraticável a observação em contexto naturalista (Rakus, 1991). O avaliador poderá solicitar ao sujeito que desempenhe o seu próprio papel numa situação social que considere crítica ou preocupante, de forma natural e o mais próxima possível da situação real, e proceder à sua observação (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Duckworth & Mercer, 2006). Uma ferramenta útil a efectivar este tipo de avaliação por observação é o *Behavioral Assertiveness Test for Children* (Bornstein, Bellack, & Hersen, 1977), que na sua versão alargada desenvolvida por Michelson, Diloranzo, Calpin e Ollendick (1982) inclui exemplos de situações referentes a aceitar e dar elogios, aceitar ajuda, e assertividade negativa (i.e. pedir mudança de comportamento), que a criança deverá desempenhar. Inclui, igualmente, uma folha de cotação, relativamente ao comportamento verbal (por exemplo, dá elogios, mostra apreço, pede novos

comportamentos) e não verbal (por exemplo, contacto ocular, tom de voz) esperado como parte de uma conduta assertiva. Estas situações foram construídas para crianças dos 8 aos 13 anos, não sendo, portanto, adequada a adolescentes, cujas experiências sociais mudam drasticamente.

Além disto, o avaliador pode pedir ao sujeito para registar os seus comportamentos em contexto real, bem como os pensamentos e sentimentos que surgem associados ao seu próprio comportamento e à situação social problemática em si (Z. Del Prette & Del Prette, 1999). Em alternativa o avaliador pode recorrer à observação e registo do comportamento do indivíduo realizado pelos seus parceiros de interacção. Tal implica que estes observadores estejam disponíveis e sejam treinados para registar uma descrição objectiva e imparcial dos comportamentos do sujeito e das consequências sociais que lhes surgem associadas (Z. Del Prette & Del Prette, 1999). Este método permite a recolha de informação sobre a funcionalidade do desempenho social do sujeito, bem como das situações sociais específicas em que as dificuldades do sujeito são manifestas (Castanyer, 2005; Spence, 2003). Sendo a assertividade definida pela capacidade de obter reforço social em situações de risco, o quanto o sujeito o consegue fazer considerando as exigências contextuais com que subjectivamente se confronta será indicador do seu nível assertivo (Alberti & Emmons, 1990).

Todos estes meios de avaliação têm, no entanto, sérias limitações, pois a observação e registo auto-imposto pelo sujeito pode induzir a alterações mais ou menos voluntárias no próprio padrão de comportamento social real, além de ser focada apenas numa pequena amostra desse comportamento. Também, os enviesamentos cognitivos do sujeito podem contaminar os seus registos (Z. Del Prette & Del Prette, 1999). Por outro lado, apesar de serem igualmente uma medida subjectiva, os inventários de auto-resposta são instrumentos amplamente utilizados para avaliação de competências assertivas por: serem fácil e rapidamente administrados, permitirem recolher informação acerca das várias vertentes do funcionamento psicológico aplicadas a vários contextos sociais, e evitarem o enviesamento no registo do observador/ avaliador (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Foster & Bussman, 2008; Matson & Wilkins, 2009).

Matson e Wilkins (2009), numa revisão exaustiva de instrumentos de avaliação de competências sociais na infância, atestam o reduzido número de instrumentos de avaliação disponíveis para competências sociais e especificamente assertividade, na adolescência. Apenas duas são referidas como abrangendo o leque da adolescência e incluir a adolescência tardia: a *Assertiveness Scale for Adolescents* e a *Assertiveness Scale for Children and Adolescents*. A primeira avalia a probabilidade de ocorrência de situações interpessoais assertivas, enquanto a segunda avalia de forma distintiva o comportamento assertivo, agressivo e passivo. De que tenhamos conhecimento nenhuma tem adaptação para língua portuguesa. O mesmo autor refere ainda vários instrumentos que incluem uma subescala referente a assertividade (por exemplo a *Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters* (MESSY), que avalia competências sociais em

sujeitos dos 4 aos 18 anos, nomeadamente competências de assertividade inapropriada, impulsividade, superconfiança ou isolamento).

De facto, a maioria dos instrumentos de avaliação de assertividade foi desenvolvida para avaliar a população adulta. No que se refere à dimensão de comportamento assertivo, poderemos referir, a título de exemplo, o *Assertiveness Self-Report Inventory* (Herzberger, et al., 1984), a *Assertiveness Battery* (Lorr & More, 1981), a *Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale* (Wolpe & Lazarus, 1966), ou a Escala de Assertividade de Rathus (Rathus, 1973). Esta última é uma das mais trabalhadas a nível internacional e uma das únicas com análise psicométrica adequada (Rakus, 1991), tratando-se de uma medida de comportamento assertivo, definido como a expressão adequada de sentimentos, afectos e comportamentos em situações interpessoais relativas à defesa dos próprios direitos. Apesar de amplamente difundida, o seu próprio autor chama a atenção para as limitações de validade de constructo deste instrumento, uma vez que falha em diferenciar comportamento assertivo de agressivo (Rathus, 1984). Este instrumento foi adaptado para língua portuguesa (Detry & Castro, 1990, 1996), tendo posteriormente sido sujeito a análise factorial, que levou à definição de dois factores: assertividade e não assertividade (Carochinho, 2002). Não temos conhecimento da sua aplicação em adolescentes tardios, apesar de ter sido adaptada para adolescentes precoces a nível internacional (Delgreco, Breitbach, & McCarthy, 1981).

Outros instrumentos foram construídos para avaliar tanto o desconforto ou tensão ao ser assertivo como a frequência de comportamento assertivo praticado. Exemplos são o *Assertion Inventory* (Gambrill & Richey, 1975), e a *Scale for Interpersonal Behaviour* (Arrindell, Groot, & Walburg, 1984). A *Scale for Intepersonal Behaviour* (Arrindell, et al., 1984) tem sido aplicado em populações diversas, como adolescentes (Sarkova et al., 2005), estudantes com mais de 16 anos, membros da comunidade, sujeitos em treino de competências, pacientes psiquiátricos, (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990; Arrindell & van der Ende, 1985; Arrindell et al., 1999), nomeadamente fóbicos sociais (Arrindell, et al., 1988). Foi também alvo de adaptação em diferentes países, nomeadamente EUA (Arrindell et al., 2005; Arrindell et al., 2001; Arrindell, et al., 1999), Itália (Arrindell, Bartolini, & Sanavio, 1990), Turquia (Eskin, 1993a), Suécia (Eskin, 1993b), França (Bouvard et al., 1999) e Portugal (Vagos & Pereira, 2010a). Estes trabalhos de adaptação têm sempre conferido à SIB índices adequados de consistência interna, fidelidade teste-reteste, validade de constructo convergente e discriminante e constituição em quatro factores coincidentes, relativos a quatro domínios sociais de competência assertiva: assertividade negativa, expressão e gestão de limitações pessoais, assertividade de iniciativa, e assertividade positiva (indo de encontro à definição descrita no ponto 2.3.2 do presente capítulo). Este instrumento é constituído por 50 itens, analisados em duas escalas de resposta, uma para desconforto ou tensão ao ser assertivo e outra para frequência da prática de comportamento assertivo. Por se tratar de um instrumento longo, o que dificulta a sua aplicação como parte integrada de um protocolo de avaliação, foi proposta uma versão reduzida desta

escala, composta por 25 itens, que provou avaliar os mesmos constructos (Arrindell, Sanavio, & Sica, 2002).

Relativamente à dimensão cognitiva de assertividade, podemos referir como instrumentos de medida a *Cognitive Scale of Assertiveness* (Golden, 1981), o *Assertive Self-Statement Test* (ASST; Schwartz & Gottman, 1976) e o *Subjective Probability of Consequences Inventory* (SPCI; Fiedler & Beach, 1978). Todos se focam sobre o substracto cognitivo inerente à assertividade negativa, ou seja, a recusa de pedidos não razoáveis, sendo portanto limitativos face à “extremely complex but crucial area of cognition within the context of assertion” (Golden, 1981, p. 260). Não temos conhecimento da sua aplicação com adolescentes.

Será a partir da definição de que tipo de situações são difíceis de gerir, que tipo de reacções comportamentais e emocionais são suscitadas e que estrutura cognitiva poderá inibir o desempenho óptimo, que se poderá definir o tipo de respostas assertivas a ensinar, e praticar e julgar da pertinência de estratégias de gestão emocional e cognitiva (Rakus, 1991). Esta recolha de informação abrangente pretende, portanto, saber qual as dificuldades específicas do sujeito, para permitir planear e individualizar a intervenção tendo em conta as suas necessidades particulares (Castanyer, 2005; Z. Del Prette & Del Prette, 1999)

## **2.6 Treino Assertivo**

O treino assertivo foi inicialmente comportamental, focado no ensino e reforço de competências de defesa dos próprios direitos. Com a actualização desta área de estudos, o treino assertivo tem sido visto como um co-adjuvante na intervenção junto a variados problemas comportamentais e emocionais, e não como uma forma de intervenção independente (Spence, 2003). Por isso mesmo, são raros os programas de treino assertivo padronizados ou baseados em manuais, principalmente no que se refere a crianças e adolescentes tímidos ou isolados socialmente (Foster & Bussman, 2008; Greco & Morris, 2001).

### **2.6.1 Técnicas e objectivos de intervenção.**

A diversidade de causas e efeitos da prática de aptidões sociais implica uma intervenção multifacetada, que assim possa responder a esta diversidade, bem como às exigências particulares do tipo de défice assertivo alvo de intervenção (Alden & Safran, 1978; Bruch, 1981; Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Duckworth & Mercer, 2006; Eceiza, et al., 2008). Face ao défice de aquisição, a ênfase deverá ser na instrução e treino comportamental, enquanto face ao défice de desempenho, a ênfase será colocado na redução dos factores inibitórios do

comportamento (Spence, 2003). O sucesso da intervenção passará, portanto, pela selecção de competências a ensinar e/ou treinar que sejam pertinentes ao sucesso social do sujeito alvo, a curto e longo prazo, dependendo das suas características e dificuldades individuais (Foster & Bussman, 2008).

Ainda assim, consideramos que nunca ter aprendido ou praticado competências sociais assertivas terá resultado em consequências sociais negativas, o que poderá ter levado à criação de expectativas negativas acerca das interações sociais e da própria eficácia face a elas. Assim, concordamos com Alberti e Emmons (1990) e Lin e colaboradores (2004) que consideram que um programa de treino assertivo deve ser desenhado para melhorar tanto crenças como comportamentos assertivos. Assim poderá ajudar os participantes a desenvolverem auto-confiança e capacidade de auto-expressão, de forma respeitosa e mútua e, a longo prazo, a satisfazer as próprias necessidades sociais, a valorizarem a consideração das próprias opiniões e a optimizarem a manutenção das relações (Duckworth & Mercer, 2006). Assim, o foco do treino assertivo deverá ser cognitivo-comportamental.

A primeira fase de uma intervenção cognitivo-comportamental, também para promoção de competências assertivas, passa pela **psico-educação**. É importante trabalhar as expectativas do cliente, para garantir que o treino assertivo responderá às suas necessidades. O sujeito deve receber instrução acerca do que se entende por assertividade (Ruben & Ruben, 1989), bem como da diferenciação entre assertividade, passividade e agressividade, e, ainda, informação simbólica acerca das regras inerentes ao comportamento assertivo (Duckworth & Mercer, 2006). Entre estes conta-se a explicação que assertividade não é uma forma de “ganhar uma discussão” ou “levar os outros a concordar”, mas sim de se reconhecer e expressar da forma mais adequada, considerando as exigências sociais e desenvolvimentais com que o sujeito se confronta no seu dia-a-dia. Isto é especialmente importante face a sujeitos com ansiedade, uma vez que a aprendizagem assertiva pode levar estes sujeitos a sentirem-se explorados por outros, resistir de forma agressiva aos outros, ou generalizar a resposta assertiva a situações onde ela não será adequada (Ruben & Ruben, 1989). É necessário, portanto, incentivar um uso responsável da assertividade (Thompson, Bundy, & Broncheau, 1995; Thompson, Bundy, & Wolfe, 1996; K. L. Wise & Broncheau, 1992).

No que se refere a técnicas de intervenção terapêutica, poderemos referir-nos a técnicas comportamentais, por um lado, e a técnicas cognitivas, por outro. Relativamente a técnicas comportamentais, são de referir a instrução, a modelagem, o ensaio comportamental (*role-play*) com *feedback* correctivo, o reforço positivo, a dessensibilização sistemática com relaxamento e a definição de tarefas de casa (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Duckworth & Mercer, 2006; Rakus, 1991).

A **instrução** passa por ensinar ao sujeito o conteúdo verbal e não verbal inerente a uma determinada resposta assertiva, em determinado cenário social, especificando as linhas



orientadoras sociais implicadas em determinado comportamento, que devem ser passadas como suficientemente flexíveis para não activar uma resposta demasiado rígida. Tendo obtido conhecimento simbólico sobre o que caracteriza uma resposta assertiva, o sujeito é levado a observar outro sujeito (modelo) a desempenhar o comportamento alvo (ao vivo, num filme, ou noutra modalidade), para que o possa imitar e assim **modelar** o seu próprio comportamento. O sujeito pode também ser guiado na prática de modelagem coberta, imaginando o desempenho social adequado praticado por si mesmo ou por alguém que ele considere socialmente hábil (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Duckworth & Mercer, 2006; Rakus, 1991).

Em seguida, será importante que pratique este novo comportamento aprendido em **ensaios comportamentais** pertinentes à sua vida quotidiana e que a interacção seja gradualmente mais exigente, obrigando, conseqüentemente, ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências do sujeito. Esta técnica implica clarificar que comportamento corresponde às exigências da situação social, e a sua prática com **feedback correctivo positivo**. Após e durante o desempenho, é importante que todos os intervenientes e o próprio sujeito alvo do ensaio comportamental dêem indicações sobre como o desempenho praticado pode ser optimizado e reforcem o esforço e sucesso que o sujeito conseguiu alcançar, focando-se sempre numa avaliação valorativa e construtiva do desempenho do sujeito. O **reforço positivo** é usualmente mais útil, podendo consistir de elogios verbais, fichas ou pequenos presentes, contingentes e contínuos ao comportamento desejado. Com a prática continuada, os reforços devem passar a ser intermitentes e auto-regulados, o que é mais próximo da vivência social quotidiana (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Duckworth & Mercer, 2006; Rakus, 1991).

Para optimizar a probabilidade de sucesso desta prática gradual, poderá ser importante o **treino de relaxamento**, nomeadamente, relaxamento muscular, já que muitos sujeitos com défice de competências sociais experimentam alto nível de ansiedade em situações interpessoais. O relaxamento deverá ser aplicado como resposta incompatível à ansiedade, à medida que o sujeito progride na exposição a situações sociais que considera difíceis (dessensibilização sistemática com inibição recíproca). Após o sucesso em contexto protegido, são definidas **tarefas de casa**, que consistem no desempenho gradualmente mais exigente, programado e registado dos novos comportamentos em contextos reais, de forma a generalizar e aperfeiçoar a prática do sujeito (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Duckworth & Mercer, 2006; Rakus, 1991).

A utilização de técnicas cognitivas face a uma competência essencialmente definida pela sua componente comportamental observada fundamenta-se no pressuposto de que a presença e influência de pensamentos negativos relativos à própria (in)competência e à dificuldade da situação prejudica o desempenho social do sujeito (Z. Del Prette & Del Prette, 1999), confirmada pelo facto de treinos puramente comportamentais falharem em demonstrar manutenção e generalização de mudanças comportamentais (Derry & Stone, 1979). Assim, importa ajudar o

sujeito a reconhecer e gerir o próprio fluxo de pensamento para que seja útil ao seu desempenho social eficaz.

Face à presença de pensamentos negativos, irracionais ou irrealistas, o objectivo será identificá-los pela prática de auto-registo e substituí-los por pensamentos mais racionais, em função das evidências da situação e dos próprios objectivos, utilizando a técnica de **reestruturação cognitiva**. Estes novos pensamentos alternativos racionais deverão ser praticados, primeiro antes ou depois da situação e depois activados na situação em si, formando-se num auto-diálogo de *coping* (Castanyer, 2005; Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Rakus, 1991). As novas concepções construídas acerca de si mesmo, do outro e da realidade social devem ser realistas e baseadas na auto e hetero-aceitação, encarando a possibilidade de falha e frustração, sem que isso ponha em causa o valor e competências da pessoa de uma forma generalizada (Ruben & Ruben, 1989). Além da refutação dos pensamentos automáticos ou crenças centrais, poderá ser mais útil em determinados momentos treinar a paragem do pensamento, que consiste na identificação de pensamentos disfuncionais e que interferem no desempenho interpessoal e ir ganhando controlo sobre a sua continuidade ou interrupção (Z. Del Prette & Del Prette, 1999).

O **treino em resolução de problemas sociais** será igualmente útil, na medida em que permite focalizar o pensamento do sujeito e dirigi-lo para a análise e resposta adequada à situação, neste caso social. Assim, é importante definir claramente o problema (qual o seu grau de interferência, em que interfere, há quanto tempo, o que já se tentou fazer a respeito, o que significaria a resolução do problema, qual é o objectivo a atingir com a resolução do problema), explorar e avaliar os custos e benefícios de várias alternativas de resposta ao problema, tomar uma decisão em relação ao curso de acção mais socialmente eficaz e praticá-lo, e, por fim, avaliar o sucesso desta prática e reformular se necessário (Z. Del Prette & Del Prette, 1999).

No caso do treino assertivo é recomendada a aplicação destas técnicas em formato de grupo. Pelo primado de relações horizontais, ou seja, relações entre iguais, em contexto de intervenção em grupo, os princípios interpessoais de igualdade, valorização de si próprio e do outro que caracterizam a dimensão cognitiva são não apenas ensinados e reestruturados, mas também vividos nas relações estabelecidas (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Lin, et al., 2004; Rakus, 1991) e, consequentemente, facilmente integrados na história de aprendizagem e estruturas cognitivas dos sujeitos. Identicamente, são acrescidas as oportunidades de comparação social, modelagem e apoio mútuo. É aconselhável que, para ser criada esta dinâmica e consciência de grupo, o número de membros seja fixo e fechado, desde o início ao término do treino assertivo (Z. Del Prette & Del Prette, 1999), e que as dificuldades e problemas apresentados tenham alguma semelhança. Estes grupos devem reunir entre 8 a 16 horas, em sessões sempre teórico-práticas (Rakus, 1991).

### 2.6.2 Programas de intervenção.

Os programas de intervenção na assertividade adoptam diferentes focos em função da etiologia atribuída às dificuldades sociais do sujeito, nomeadamente: 1) ter havido deficiente aprendizagem de competências sociais; 2) repostas assertivas serem inibidas por ansiedade em situações sociais; 3) haver uma interpretação distorcida da realidade que não permite uma resposta social adaptativa. Considerando estes três aspectos em conjunto, os programas de treino assertivo pretendem fortalecer uma resposta socialmente competente e eficaz, melhorando as relações interpessoais, e diminuir a ansiedade que possa estar associada a este tipo de situações (Alberti & Emmons, 1990; Silva, 2004). Estes programas de intervenção psicológica que promovam o desenvolvimento sócio-emocional e a socialização poderão prevenir o evitamento e isolamento social (Trower, et al., 1982) e o desenvolvimento de problemas psicopatológicos na adolescência (Landazabal, 2006),

Os programas de treino assertivo têm incluído respostas comportamentais verbais e não verbais referentes aos domínios de dar e aceitar elogios, dar e receber críticas, fazer e recusar pedidos (Duckworth & Mercer, 2006). Ainda assim, a forma como estes conteúdos têm sido trabalhados e enfatizados tem sido individualizada, em função das necessidades de cada investigação ou grupo de trabalho, uma vez que se tratam de competências dependentes de circunstâncias contextuais e desenvolvimentais (Ruben & Ruben, 1989). Um programa para adolescentes em escolas secundárias envolverá conteúdos naturalmente diferentes de programas para adolescentes reclusos, senão vejamos alguns exemplos.

Num programa de treino assertivo para estudantes de enfermagem e medicina foi focada a clarificação dos próprios direitos na situação social e características do comportamento assertivo, aplicadas a recusar e fazer pedidos, gerir criticismo, expressar insatisfação (Lin, et al., 2004). Já num programa de treino assertivo para pacientes com ansiedade social ou timidez patológica, foram focados o recusar ou fazer pedidos, responder a ou fazer críticas, e resolver problemas em conflitos sociais, por treino comportamental adjudicado com reestruturação cognitiva e relaxamento (Romo, Bigot, Aubry, Djordjian, & Adès, 2004). Nestes casos é essencial que o sujeito vá aproximando o seu comportamento social do óptimo à medida que vai gerindo a sua ansiedade (Duckworth & Mercer, 2006). Num programa de treino de competências sociais na infância foram abordados os conteúdos sociais de fazer e recusar pedidos, fazer amigos (partilhar, ajudar, juntar-se a um grupo ou aceitar a participação de um novo membro), iniciar e terminar uma conversa ou falar em público, expressar sentimentos e emoções e resolver problemas, numa perspectiva de intervenção comportamental (Baldiviesco, 2006). Outro trabalho com crianças implementou um programa lúdico, que utilizou como ferramenta de trabalho brincadeiras ou jogos, que pretendiam aumentar a cooperação e inter-ajuda, a expressão emocional e a comunicação, manifesta em aceitar elogio ou criticismo, expressar

sentimentos positivos e negativos, recusar, pedir favores, iniciar relações (Landazabal, 1999). Junto a adolescentes precoces, os conteúdos versados têm passado pela educação e prática distinguida de comportamentos assertivos, agressivos e passivos (Thompson, et al., 1995; Thompson, et al., 1996; K. L. Wise & Broncheau, 1992), em contextos como a gestão da rejeição e gozo, negociação, juntar-se a um grupo, resolução de problemas sociais, falar com estranhos, tendo sido obtidos resultados positivos no aumento das competências sociais relatadas pelos participantes (Bulkeley & Cramer, 1990). O treino de competências sociais na adolescência aplicado em contextos escolares foi também já praticado e avaliado, referindo-se a contextos como iniciar conversas, expressar sentimentos, fazer perguntas, recusar, dar e aceitar críticas e elogios. A avaliação deste programa de ensino revela diminuição dos níveis de ansiedade em situações interpessoais e aumento dos níveis de prática de comportamento assertivo, bem como tendência para aumento da auto-estima, percepção de bem-estar e procura de apoio social (Bjistra & Jackson, 1998).

Spence (1995) apresenta o único programa estruturado de que temos conhecimento para a promoção de competências sociais na infância e adolescência. Este programa, o *Social Skills Training*, inclui 12 sessões semanais grupais, versando técnicas como: 1) treino comportamental de competências sociais, com instrução nas componentes verbais e não verbais do comportamento alvo, modelagem, ensaio comportamental em situações subjectivamente pertinentes, em contexto de sessão e em contexto real, *feedback* e reforço; 2) treino de percepção social, que passa pelo treino para interpretação correcta de pistas sociais, relativamente a emoções e pensamentos pessoais e dos outros e às regras aplicáveis à situação; 3) técnicas de auto-regulação ou auto-instrução, passando pela auto-monitorização, auto-instrução e auto-reforço; 4) treino de resolução de problemas sociais, desde a identificação, criação de soluções alternativas, predição de consequências e selecção, aplicação e avaliação da resposta; e 6) redução de factores inibitórios, que pode passar pelo controlo de antecedentes, relaxamento, reestruturação cognitiva ou treino de pais ou pares como formas de apoio, incentivo e reforço. O programa utiliza de forma integrada técnicas comportamentais e cognitivas com crianças e adolescentes dos 7 aos 18 anos, que provaram ser efectivas no aumento do desempenho de competências sociais específicas, em sujeitos com problemas emocionais ou de desenvolvimento, nomeadamente ansiedade social. De facto, este programa foi avaliado de forma positiva, aumentada com a participação parental, junto a sujeitos com ansiedade social (Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000). Assim, a autora sugere a utilidade destas técnicas aplicadas à promoção de competências sociais como complemento à intervenção em problemas emocionais, comportamentais ou de desenvolvimento, e não como forma de intervenção independente (Spence, 2003).

### 2.6.3 Avaliação da eficácia.

A eficácia de um programa de treino assertivo deve ser avaliada de forma ecológica, ou seja, não se espera que os sujeitos adquiram apenas conhecimento simbólico e ético sobre o comportamento assertivo, mas também que tal se reflecta em prática comportamental efectiva, generalizada e pertinente face aos contextos sociais em que o sujeito se move (Duckworth & Mercer, 2006; Ruben & Ruben, 1989). Com crianças, a prática de treino assertivo comportamental, pareceu contribuir para o aumento da capacidade de relacionamento e empatia entre pares e de cumprir regras sociais, bem como a diminuição da agressividade, apatia e ansiedade em interacções sociais (Baldiviesco, 2006). Com a utilização de técnicas lúdicas, que trabalharam a cooperação, a criatividade e a igualdade de direitos, os resultados pareceram alargados a melhoria ao nível do auto-conceito, diminuição do comportamento passivo na interacção social com pares e concomitante aumento do comportamento assertivo (Landazabal, 1999).

Já com adolescentes, Thompson, Bundy e Broncheau (1995), na avaliação de um programa de ensino assertivo, constataram que no início da adolescência, os adolescentes beneficiavam da aprendizagem de informação simbólica acerca do que caracterizam as respostas assertivas, mas que este benefício não parecia espelhado na prática comportamental dos adolescentes. O mesmo foi verificado num programa de treino de competências sociais de natureza comportamental aplicado em contexto escolar, cujas sessões implicavam a instrução e treino com *role-play* de prática comportamental socialmente adequada em situações gerais e subjectivamente pertinentes. Os participantes deste grupo de intervenção demonstraram melhoria de competências avaliadas pelo próprio e pelo professor observador, mas sem qualquer influência no estatuto sociométrico do aluno, ou seja, na forma como eram vividas as suas relações interpessoais com pares (Bulkeley & Cramer, 1990).

Assim, o benefício de programas de treino assertivo na adolescência poderá ser aumentado se forem considerados aspectos motivacionais, de auto-regulação e gestão do pensamento, bem como prática comportamental e *role-play*, de preferência face a situações com ligação directa às preocupações e exigências de desenvolvimento dos adolescentes participantes, para facilitar a generalização da aplicação das competências aprendidas (Thompson, et al., 1996). O acréscimo de reestruturação cognitiva à prática comportamental já havia sido avaliado como vantajoso em trabalhos anteriores. Os resultados desta conjugação passam por maiores níveis de prática assertiva, generalização desta prática a situações não directamente versadas na intervenção, menor endosso de auto-declarações negativas e crenças irracionais, e menores níveis de ansiedade em situações interpessoais assertivas. Tal denota a importância da preparação cognitiva no treino assertivo, principalmente no que se refere à capacidade do adolescente manter e praticar com sucesso os comportamentos aprendidos na

intervenção em situações reais e idiossincraticamente pertinentes (Derry & Stone, 1979; Jacobs & Cochran, 1982; Spence, 2003).

A avaliação de um programa de intervenção em competências sociais deve considerar, também, várias dimensões e tempos de avaliação. Relativamente às dimensões, deve considerar-se a mudança percebida pelos próprios membros do grupo de intervenção e pelos intervenientes apenas indirectamente ligados à intervenção; no que se refere aos tempos de avaliação, deve considerar-se a comparação entre os momentos pré e pós programa, bem como o modo como este vai decorrendo ao longo do processo (Baldiviesco, 2006). Por fim, será de considerar que a maioria dos programas de promoção de competências assertivas é aplicada e recomendada como parte de terapêuticas integradas face a vários tipos de psicopatologia (Spence, 2003), nomeadamente ansiedade social, o que realça a importância de avaliar a sua eficácia, não só na promoção de competências sociais assertivas mas também na diminuição de sintomatologia psicopatológica. Nomeadamente, com adolescentes do sexo feminino, o treino assertivo parece ter também influência ao nível da sua auto-estima, principalmente em adolescentes com baixos níveis de auto-estima no início da intervenção, e dependente dos reforços sociais obtidos com a prática assertiva continuada (Stake, Deville, & Pennell, 1983).

Existem, ainda, alguns aspectos que poderão optimizar a eficácia do treino em competências sociais, nomeadamente: maximizar a participação activa de todos os membros do grupo de intervenção, estender o treino ao contexto naturalista do adolescente, contar com o apoio de pares, pais ou professores, para antecederem, modelarem, incentivarem e reforçarem a prática comportamental adequada, realizar sessões de reforço depois de terminada a intervenção, para facilitar a manutenção dos ganhos, e trabalhar com manuais ou guias estruturados, que permitam garantir a adesão e correcta avaliação do programa de intervenção (Spence, 2003).

## Síntese de Capítulo

No âmbito das competências sociais, a assertividade tem sido associada a maiores níveis de reforço social, por consistir numa resposta social adequada às exigências contextuais e parceiros de interacção e por ser fundamentada numa perspectiva de respeito e interdependência entre parceiros de interacção. Esta perspectiva, no entanto, nem sempre foi a dominante relativamente ao estudo de assertividade. Durante a fase inicial do estudo desta variável, ela foi apenas associada à defesa dos próprios direitos em situações sociais, sem necessariamente existir uma perspectiva empática nesta defesa. Com a difusão mais recente desta perspectiva alargada do conceito de assertividade, os trabalhos na área têm recomeçado, chamando a atenção para a sua importância nas relações interpessoais bem sucedidas.

A assertividade não é uma aquisição natural do desenvolvimento, sendo necessário que seja ensinada/ aprendida e praticada. As relações precoces, bem como as relações com pares durante a adolescência, têm um papel primordial na aprendizagem social de assertividade, principalmente se associadas a características de temperamento da própria criança propícias. Por outro lado, a resposta assertiva apropriada é activada quando existem baixos níveis de ansiedade, representações cognitivas positivas acerca de si, dos outros e da interacção social, e contextos sociais pertinentes. Assim, a prática assertiva poderá ter uma aprendizagem marcada na infância, associada a características pessoais propícias, mas ser refinada ao longo de todo o percurso de desenvolvimento do sujeito, e dos contextos sociais em que se move.

As componentes ou dimensões de assertividade têm sido alvo de atenção diferenciada na literatura, abrangendo a área cognitiva, emocional e comportamental. A nível cognitivo, destaca-se a presença de maior número de pensamentos sociais negativos em sujeitos com défice assertivo e a presença de representações negativas relativas a si mesmo e ao outro. A nível afectivo, a assertividade surge associada à auto-expressão sem manifestação emocional em intensidade desproporcional à situação. A nível comportamental, a resposta assertiva é constituída pela consonância de aspectos verbais e não verbais, na expressão de uma mensagem clara, honesta, directa, respeitosa e adequada ao contexto social em que decorre. De acordo com os modelos cognitivos de assertividade, a resposta assertiva surge quando as representações cognitivas positivas se associam ao menor número de pensamentos sociais negativos e de activação emocional, fundamentando uma resposta comportamental correspondente às exigências da situação.

A avaliação da assertividade deverá considerar todas as dimensões do funcionamento psicológico que lhe surgem associadas. Além da entrevista e observação comportamental, verificamos existir um reduzido número de instrumentos de avaliação preparados para a infância e adolescência, a nível nacional e internacional, pelo que se torna necessário referir os

instrumentos preparados para a idade adulta. Neste âmbito, são também poucos os que acompanharam a evolução do conceito, dos quais destacamos a *Scale for Interpersonal Behaviour*, que avalia as dimensões emocional e comportamental da assertividade, tem demonstrado consistente qualidade psicométrica e foi já aplicado a uma população estudantil a partir dos 16 anos.

No que se refere à intervenção ou treino assertivo, a conjugação de técnicas cognitivas e comportamentais, que incluem a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, a modelagem e o treino comportamental dentro e fora da sessão, têm sido reforçadas pela sua utilidade e eficácia. Ainda assim, apenas pudemos encontrar um programa de promoção de competências sociais estruturado e aplicado com base num manual, cuja eficácia foi avaliada junto a crianças e adolescentes com ansiedade social. Tal remete para a pertinência do treino assertivo como complemento à intervenção face a vários problemas emocionais, desenvolvimentais ou de comportamento, e não como forma de intervenção independente.





---

## **CAPÍTULO 3: ANSIEDADE SOCIAL E ASSERTIVIDADE NA ADOLESCÊNCIA**

---

## Capítulo 3: Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência

### 3.1 O Adolescente Social

A adolescência é uma fase de desenvolvimento que liga a infância à idade adulta (Berndt, 1996; Sprinthall & Collins, 1999), que decorre ao longo de um grande período de tempo, iniciando-se por altura da puberdade (cerca dos 10-11 anos) e continuando até cerca dos 18 anos, altura em que se inicia a recém denominada fase do jovem adulto. Por isso mesmo, poderemos falar de três estádios na adolescência: inicial (11-14 anos), em que o ênfase é colocado nas alterações físicas e no grupo de pares; média (15-16 anos), em que se alargam os interesses, se iniciam relações de maior intimidade e se começam a definir valores e decisões pessoais; e tardia (17-18 anos), em que o envolvimento com a sociedade é mais próximo do funcionamento adulto e se projecta um plano de vida a longo prazo (Silva, 2004). O presente trabalho será focado no final da fase média e na fase tardia da adolescência. Importa conhecer a ansiedade social nos anos tardios da adolescência, já que a sua expressão e associação a comportamentos tímidos, passivos ou evitantes nesta fase são menos socialmente aceites (Neal & Edelman, 2003).

Esta fase de desenvolvimento é caracterizada por transições a nível fisiológico, cognitivo, psico-emocional e sócio-cognitivo (Rice, 1996; Sprinthall & Collins, 1999), que se conjugam de forma única, de tal forma que poderemos dizer com Silva (2004) que existem tantas adolescências quando adolescentes. Assim, mais importante do que marcadores biológicos ou cronológicos, são marcadores de maturidade cognitiva e psicossocial que propiciam a entrada adaptativa no mundo adulto (Papalia, et al., 2001).

A nível fisiológico, verifica-se um surto de crescimento fisiológico e sexual drástico, que se associa a transformação nas exigências e expectativas que são colocadas ao adolescente, no que se refere a formas de relacionamento e planos de vida condicentes com a vivência adulta (Rice, 1996; Sprinthall & Collins, 1999). A nível cognitivo, Piaget refere que a adolescência corresponde ao estágio das operações formais, caracterizado, de uma forma muito geral, por pensamento lógico, abstracto e introspectivo, pela capacidade de usar raciocínio indutivo e dedutivo na resolução de problemas, e pela capacidade de pensar realidades possíveis ou alternativas (Rice, 1996; Silva, 2004; Sprinthall & Collins, 1999). A nível psico-emocional, o adolescente confronta-se com o desenvolvimento da identidade, pelo qual Erickson definiu que o adolescente estabelece fidelidade ou lealdade a um conjunto de valores, atitudes, formas de relacionamento e parceiros interpessoais (Rice, 1996; Sprinthall & Collins, 1999). Ao mesmo tempo que se define a si mesmo, o adolescente define-se na relação com outros, o que acarreta um dos grandes paradoxos da adolescência: o conflito entre o desejo de afirmar um *self* único e

o desejo irresistível de ser exactamente como os outros e aceite por eles; entre construir uma identidade independente e manter relações de intimidade e partilha com outros (Flavell, Miller, & Miller, 1993b). Torna-se necessária uma abordagem compreensiva de como se constrói o mundo interpessoal do adolescente, dimensão que tem sido negligenciada na literatura, apesar da pertinência do seu estudo.

### **3.1.1 Desenvolvimento sócio-cognitivo**

A nível sócio-cognitivo, segundo Selman, o adolescente prepara-se para ser capaz de pensar sobre os comportamentos e intenções psicológicas dos outros e de si próprio, e sobre a forma como se influenciam mutuamente numa situação social (Sprinthall & Collins, 1999). Tal implica a construção de um conjunto de representações ou cognições sociais, acerca dos seres humanos e suas acções e relações interpessoais, fundamentadas na coordenação de pontos de vista, sentimentos, desejos e pensamentos diferentes e/ou contraditórios (Flavell, et al., 1993b). O adolescente desenvolve, portanto, uma nova forma de cognição social, ou seja, de capacidade de compreender e gerir relações humanas (Rice, 1996), à medida que os processos cognitivos são aplicados a objectos sociais, por natureza ambíguos, multi e auto-determinados, que agem em função de intenções prévias e idiossincraticamente definidas, embora com algum nível de estabilidade em função de circunstâncias externas. O pensamento recursivo é também uma aquisição interpessoal essencial e característica da adolescência, que consiste na capacidade de pensar sobre o pensar não apenas de si próprio mas também do outro, antecipando as suas intenções ou reacções face a determinados cenários (Flavell, et al., 1993b).

As recém adquiridas competências cognitivas são particularmente contextualizadas na nova forma de gestão e transição interpessoal desenvolvida na adolescência. O desenvolvimento do pensamento abstracto e sobre realidades possíveis permite ao adolescente ponderar diferentes formas de se relacionar com os outros, nomeadamente colaborativas e cooperativas, e as vantagens e inconvenientes associados a cada uma, bem como ponderar o ponto de vista de cada interveniente numa situação social; por seu turno, a capacidade de inferir e de pensar sobre o pensamento permiti-lhe construir representações mais complexas, explicativas e objectivas de traços e atitudes, tanto relativas a si mesmo como aos outros (Sprinthall & Collins, 1999).

Estas representações construídas acerca de regras e papéis sociais, em conjunto com as inferências acerca do outro e do que o outro poderá pensar acerca do próprio, guiam o comportamento social do adolescente. O comportamento dos outros e como é interpretado pelo próprio constituem pistas sociais, que vão sendo conjugadas com informação anterior acerca de eventos sociais e acerca de si próprio, para construir uma representação da situação actual, que

por sua vez influi na escolha do comportamento social a adoptar (Flavell, et al., 1993b). Esta escolha será fortemente determinada pelas características do indivíduo, que se vão tornando estáveis à medida que ele vai explorando e se comprometendo com uma determinada identidade.

### 3.1.2 A importância das relações interpessoais.

O conjunto de competências recém-adquiridas, cognitivas, pessoais, emocionais e sociais, propiciam e são propiciadas pelo desenvolvimento durante a adolescência de relações mais complexas, íntimas e diversificadas, com pares e adultos. Os primeiros ganham especial relevo neste estágio de desenvolvimento, aumentando significativamente o tempo que o adolescente passa com os amigos, a importância que lhes dá, e a influência que recebe desta relação (Erwin, 2002; Silva, 2004; Sprinthall & Collins, 1999). As relações de amizade na adolescência são de natureza diferente das que eram estabelecidas na infância. É com base na empatia e semelhança de traços e atitudes pessoais que se formam grupos mais ou menos estáveis e homogêneos, embora diferenciados em função do sexo. Para as raparigas, estes grupos são mais baseados numa orientação interpessoal, enquanto para os rapazes se fundam numa orientação instrumental (Papalia, et al., 2001; Sprinthall & Collins, 1999); é para as raparigas que a componente de partilha e intimidade numa amizade parece ser mais importante (Flavell, et al., 1993b; Sprinthall & Collins, 1999).

As relações com pares providenciam apoio acrescido ao entrar na adolescência (Hartup, 1996). Este apoio pode ser a vários níveis: informação, pela partilha de sentimentos, opiniões, vivências, que permite melhor reconhecimento e solução de problemas sociais; instrumental, que passa pela cooperação na resolução de problemas práticos; de companhia, ao realizarem actividades juntos, construindo uma percepção de pertença a um grupo; e de estima, congratulando e encorajando o desempenho do adolescente (Berndt, 1996). “For most adolescents, having intimate and supportive friendships is extremely important. Thus, most adolescents attach great value to their interactions with friends; they also have the potential to be highly influenced by friends” (Berndt, 1996, p. 64).

A influência entre pares existente tipicamente na adolescência parece ser mútua, associando-se à construção e compromisso do adolescente com uma identidade, por se treinarem relações horizontais semelhantes àsquelas presentes na sociedade adulta, onde se permite a experimentação activa e livre, e se dá *feedback* acerca da sua adequação pela aceitação ou rejeição do grupo. Igualmente, a comparação social com outros em igualdade de circunstâncias e exigências permite ao adolescente melhor definir, compreender e reconhecer as suas próprias competências e características pessoais (Harter, 1999; Rice, 1996; Sprinthall & Collins, 1999).

Esta influência está dependente da proximidade ou intimidade da relação com pares e da importância que é dada pelo adolescente e esta relação. Por exemplo, adolescentes com relações familiares rejeitantes ou negligentes ou com baixo estatuto no grupo de pares estão usualmente mais permeáveis à influência ou pressão de pares (Berndt, 1996; Hartup, 1996).

Por outro lado, a amizade na adolescência requer competências sociais mais elaboradas (Erwin, 2002), uma vez que se espera que sejam responsáveis pela sua própria vida social (Bjistra, Bosma, & Jackson, 1994). Estas competências são referentes à gestão de relações verticais, horizontais, de intimidade e no confronto com a diversidade (Larson, et al., 2002). Especificamente, passam por iniciar e manter conversas, procurar os amigos e planear actividades, lidar com conflitos e desacordos, saber como e quando partilhar confidências, bem como quando oferecer apoio emocional, recusar pedidos sem prejudicar a relação, tomar iniciativa e realizar actividades individualmente (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Engels, et al., 2002; Papalaia, et al., 2001). A própria relação com pares ajuda ao desenvolvimento destas competências necessárias, oferecendo oportunidade para as usar e *feedback* quanto à sua eficácia (Papalaia, et al., 2001). O contexto do grupo de pares permite a aprendizagem e prática real de competências sociais adequadas (Flavell, et al., 1993b), que se começam a desenvolver desde a infância mas começam a ser exigidas de forma mais sistemática e elaborada na adolescência (Silva, 2004).

O estabelecimento de relações satisfatórias com pares na adolescência tem sido associado ao bem-estar, auto-estima, competências sociais, raciocínio moral, e vantagens na gestão da transição e tarefas desenvolvimentais típicas da adolescência (Berndt, 1996; Hartup, 1996; Papalaia, et al., 2001; Sprinthall & Collins, 1999; Tarrant, et al., 2006). “Os colegas são extremamente importantes para o desenvolvimento normal dos adolescentes, quer em grupo quer nos encontros individuais” (Silva, 2004, p. 37), já que “(the) adolescents’ social development is collaborative: it is shaped by the many people with whom they interact” (Larson, et al., 2002, p. 61). Enquanto a aceitação dos pares contribui para uma visão positiva de si próprio, a não-aceitação ou rejeição é vista como emocionalmente traumática, podendo levar ao desenvolvimento de perturbações tanto internalizantes como externalizantes (Erwin, 2002), bem como surgindo associada ao início da prática de comportamentos de risco (Berndt, 1996; Trudeau, et al., 2003).

### **3.2 Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência**

A adolescência surge como um período particularmente importante para a aquisição de um repertório social versátil e adequado, que permita estabelecer relações de qualidade, sendo que a “persona social” é estabelecida na adolescência e será difícil de alterar posteriormente

(Larson, et al., 2002). No entanto, nem sempre o adolescente consegue estabelecer e usufruir de tais relações (Engels, et al., 2002). Factores que impeçam ou inibam o adequado desenvolvimento e funcionamento interpessoal do adolescente surgem como alvos importantes de investigação (La Greca & Lopez, 1998), já que face a mudanças drásticas e coincidentes a todos os níveis de funcionamento, a adolescência surge como associada a maior susceptibilidade ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Landazabal, 2006). Timidez, ansiedade interpessoal, dificuldade na resolução de problemas sociais e ausência de assertividade são problemas comuns na adolescência (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Silva, 2004), que podem influenciar a qualidade das relações com pares e consequente usufruto retirado das mesmas, a médio e a longo prazo.

Salientamos a ansiedade social e o défice assertivo, tratando-se de défices interpessoais comuns na adolescência, que podem surgir relacionados. Tanto a ansiedade social como a assertividade se relacionam especificamente ao domínio social do funcionamento do indivíduo, embora a primeira se defina como um aspecto emocional que interfere neste funcionamento e a segunda como um aspecto comportamental. É na infância e adolescência que mais facilmente se tem verificado a co-existência de ansiedade social e défice de competências sociais, possivelmente por não ter ainda havido aprendizagem de comportamentos de segurança ou compensatórios, o que torna estas dificuldades mais notórias (Levitan & Nardi, 2008).

A nível conceptual, a sobreposição entre ansiedade social e défice assertivo é evidente. Ambos incluem componentes emocionais, comportamentais e cognitivas, que se assemelham entre si. Senão vejamos, ambos se caracterizam pela activação de ansiedade em intensidade desproporcional face a vários tipos e situações sociais, e de forma diferenciada face a esses mesmos tipos de situações sociais; o comportamento ansioso e não assertivo é caracterizado por passividade, inibição, tentando passar despercebido e não incorrer o risco de desagradar ao outro. O sistema de crenças ou esquemas interpessoais inerentes a ansiedade social parecem associar-se ou mesmo coincidir com o descrito como referente a um estilo de comunicação passivo, não assertivo: o outro é representado como assustador, perigoso e cujo afecto é dependente e condicional à própria submissão, enquanto o próprio é alguém cujo valor é determinado pelo quanto consegue ser aceite pelo outro, que está numa posição social de valor. Por outro lado, relativamente ao processamento cognitivo, poderão ser situadas algumas diferenças. A ansiedade social associa-se à importância dada ao custo esperado do evento social e à percepção da própria eficácia em determinada situação social, enquanto o ser-se assertivo se associa à capacidade de adaptar as próprias respostas à exigência da situação e aos resultados esperados do comportamento assertivo (Hannesdóttir & Ollendick, 2007; Smári, et al., 1998).

Esta associação implícita entre ansiedade social e assertividade é corroborada pelos trabalhos descritos nos capítulos 1 e 2. No que se refere à ansiedade social, é referido o défice de competências sociais em sujeitos com ansiedade social (Alfano, et al., 2006), que leva a que o

treino assertivo seja parte integrante da intervenção (Rowa & Antony, 2005). Já a assertividade, por definição, inclui o nível apropriado de ansiedade em situações interpessoais (Wolpe, 1973), o que se associa a treino de relaxamento para evitar o efeito inibidor de níveis desadequados de ansiedade sobre o desempenho assertivo (Spence, 2003).

A revisão de literatura explicitada nos capítulos anteriores deste trabalho, leva a concluir que a relação entre estes dois tipos de défices interpessoais na adolescência pode ser recíproca, funcionando o défice assertivo quer como factor etiológico ou apenas como factor de manutenção de ansiedade social (Levitan & Nardi, 2008). Por um lado, a ansiedade social pode prejudicar a expressão de competências sociais (Wolpe, 1973), sendo que as distorções cognitivas inerentes às perturbações internalizantes podem levar a uma análise inadequada da situação e a uma resposta social igualmente desadequada (Erwin, 2002). Neste caso, a dificuldade estará apenas ao nível do desempenho, podendo haver conhecimento e aptidão social, que simplesmente não é posta em prática da forma mais adequada (Smári, et al., 1998). De facto, indivíduos com diferentes níveis de ansiedade social parecem poder ser diferenciados em função de um funcionamento cognitivo não assertivo (Golden, 1981). Por outro lado, ao não permitir ao indivíduo ter um bom desempenho social, o défice assertivo acarreta consequências sociais negativas, que poderão levar à activação ansiosa em situações sociais, gradualmente generalizada. Azais e Granger (1995) definem o contínuo de ansiedade social como inserido no âmbito das perturbações de assertividade, sendo que a assertividade poderá ser usada como indicador de ansiedade (Abdel, 1992). Assim, estimular o desempenho assertivo pode levar a superar a ansiedade (Wolpe, 1973), o que é sustentado pelo facto de que o treino de competências sociais tem sido consistentemente aplicado com sucesso junto a sujeitos com ansiedade social, passando pelo ensino e treino contextualizado de competências assertivas e por técnicas de redução de ansiedade (Angélico, Crippa, & Loureiro, 2006).

Assim, a literatura parece consensual em associar a ansiedade social e o défice assertivo, embora os pressupostos implícitos desta associação careçam, na nossa opinião, de suporte empírico e explícito, como uma rápida pesquisa em bases de dados online (e.g. Web of knowledge ou B-on) pode confirmar. São poucos os trabalhos que se têm debruçado sobre a compreensão desta associação característica do desempenho social do adolescente de forma directa, utilizando instrumentos de avaliação da assertividade e da ansiedade social. Além disso, os resultados obtidos são muitas vezes contraditórios, por serem utilizados diferentes tipos amostra (por exemplo, clínica Vs comunitária), tipos de tarefa social (desempenho Vs interacção), métodos de análise (observação naturalista Vs condições experimentais; Levitan & Nardi, 2008). Passaremos a referir os que encontrámos.

A assertividade tem sido associada à ansiedade traço (Abdel, 1992; Bandeira, Quaglia, Bachett, Ferreira, & Souza, 2005), mas também à ansiedade relativa a contextos interpessoais em particular. Orenstein, Orenstein e Carr (1975) apresentaram um dos primeiros trabalhos



neste âmbito, salientado que a assertividade se associava de forma significativa e inversa aos medos interpessoais em específico e não a quaisquer medos, por exemplo de animais. No mesmo sentido apontaram os trabalhos de Pearson (1980) e Kearney, Beatty, Plax e MacCroskey (1984), referindo-se ao constructo de apreensão em contextos de comunicação, na sua associação com comportamento assertivo. Estes últimos autores concluem que a ansiedade sentida em contextos de comunicação apenas se associa a comportamentos assertivos em contextos interpessoais de contacto directo com outros. Moore, Huson e Smith (2007) encontraram uma correlação negativa entre uma medida afectiva e comportamental de assertividade e uma medida cognitiva de ansiedade social. Esta variedade de domínios psicológicos considerados poderá explicar que esta associação não tenha atingido o nível de significância estatística. Por outro lado, a associação entre ansiedade social e défice assertivo poderá ser especialmente notória em populações clínicas (Chambless, Hunter, & Jackson, 1982; Levitan & Nardi, 2008).

Considerando as várias dimensões do funcionamento psicológico, poderemos referir uma associação significativa positiva e elevada entre ansiedade social e medidas de tensão ou desconforto sentido ao ser-se assertivo (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990; Arrindell, Sanderman, & Ranchor, 1990), especialmente relativamente à dimensão assertividade de iniciativa, ou seja, a capacidade de tomar a iniciativa, de iniciar relações ou resolver problemas em situações sociais. Já entre medidas de ansiedade social e frequência de comportamento assertivo encontramos correlações significativas negativas mas mais baixas (Arrindell, Sanderman, & Ranchor, 1990; Bandeira, et al., 2005). De facto, a mesma activação ansiosa poderá associar-se a diferentes manifestações de comportamento assertivo. Por um lado, poderá associar-se a uma frequente prática comportamental, definida como um desempenho assertivo ansioso; por outro, poderá associar-se a uma reduzida prática comportamental, definida neste caso como um défice assertivo manifesto a nível emocional e comportamental (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990), que poderá caracterizar o ansioso social.

Sujeitos com ansiedade social revelam dificuldades significativamente maiores em várias áreas de aptidões e desempenho social, reflectidas não apenas num défice de prática comportamental mas também de gestão emocional. O sujeito com ansiedade social não apenas faz uma sub-avaliação sistemática do próprio comportamento, percebendo ter menos competências sociais, ou seja, menos capacidade de responder de forma adequada às exigências da situação (Hofmann, 2007; Segrin & Kinney, 1995), como o seu desempenho é objectivamente prejudicado, já que são avaliados como menos socialmente competentes pelos parceiros de interacção (Segrin & Kinney, 1995). Sujeitos com ansiedade social de ambos os sexos demonstram menores competências sociais, são mais estranhos na relação interpessoal, reservados, não expressivos e incapazes de esconder a sua ansiedade (Creed & Funder, 1998). Estas dificuldades sociais parecem associar-se principalmente ao défice na assertividade positiva, ou seja, à dificuldade de expressar sentimentos positivos, como dar e receber elogios, dizer que se gosta ou que se está satisfeito (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990).

A ansiedade social aparece associada a estilos interpessoais disfuncionais, nomeadamente assertividade diminuída (definida como dificuldade em expressar necessidades ou ser firme face a outro), evitamento do conflito, medo de rejeição e dependência interpessoal aumentada (Alden & Philips, 1990; Davila & Beck, 2002). Por sua vez, a assertividade diminuída e dependência interpessoal aumentada parece associar-se a maiores níveis de stress nas relações interpessoais, nomeadamente com familiares, amigos ou parceiros românticos (Davila & Beck, 2002), que se tornam especialmente interferentes na infância e adolescência (Rapee & Alden, 2004). Estes dados chamam a atenção para a dualidade nas respostas interpessoais assertivas, que podem por um lado passar por evitamento comportamental ou, por outro, por comportamentos passivos, submissos e/ou dependentes, parecendo este último caso ter consequências mais nefastas para a satisfação interpessoal do sujeito. O nível de competências sociais auto e hetero-percebido parece poder explicar a rejeição a que são sujeitos os indivíduos com ansiedade social, enquanto a ansiedade social auto-relatada se parece associar a sentimentos subjectivos de solidão (Segrin & Kinney, 1995).

Stipelman (2005) procurou avaliar objectivamente se a estruturação de tarefas de natureza social poderia diminuir a ansiedade suscitada e, conseqüentemente aumentar o nível de competência assertiva demonstrada pelo sujeito. Os resultados obtidos indicam que nem a estruturação da tarefa social se associa à diminuição de ansiedade em todos os sujeitos, nem esta diminuição de ansiedade, quando verificada, se associa a uma maior competência social não verbal. Assim, estes resultados não confirmam a hipótese da inibição comportamental ser causada por elevados níveis de ansiedade e chama a atenção igualmente para a resposta ansiosa não ser unicamente dependente das características da situação. Foram os sujeitos que criaram expectativas acerca da natureza estruturada da tarefa social ser menos ansiógena que experienciaram, de facto, níveis de ansiedade mais reduzidos, embora um desempenho igualmente pobre (Stipelman, 2005). Tal salienta dois aspectos. Por um lado, o défice assertivo parece caracterizar os sujeitos com ansiedade social; por outro, a resposta emocional e possivelmente comportamental ao evento parece estar dependente de um ciclo cognitivo auto-confirmatório.

Assim, se o défice assertivo co-existe com a ansiedade social, de forma mais evidente na infância e adolescência, e parece haver um substrato cognitivo associado a estes défices interpessoais, o modelo cognitivo poderá ser uma ferramenta útil à conceptualização integrada do desempenho social do adolescente.

### **3.3 Compreensão do Desempenho Social na Adolescência**

Tendo em consideração os objectivos gerais deste trabalho de doutoramento explícitos na introdução desta obra, bem como a evidência da pertinência do modelo cognitivo para a compreensão da ansiedade social e da assertividade, o modelo cognitivo é considerado para explicar o desempenho social na adolescência, funcional ou disfuncional. Tendo por base o enquadramento teórico anterior, o desempenho social funcional na adolescência será caracterizado por diminuída ansiedade social e aumentada competência assertiva, enquanto o desempenho social disfuncional por aumentada ansiedade social e diminuída competência assertiva.

#### **3.3.1 O modelo cognitivo em situações interpessoais.**

Historicamente os modelos cognitivos surgem em complementaridade aos modelos comportamentais, procurando contribuir para a explicação e gestão do comportamento humano normal e patológico, pela investigação aplicada dos processos cognitivos internos. Apesar da sua proliferação rápida e variada, existem aspectos comuns que permitem discriminar as teorias cognitivas, e que se baseiam na formulação cognitiva do caso, pressupondo que: 1) a actividade cognitiva afecta o comportamento; 2) a actividade cognitiva pode ser monitorizada e alterada; e 3) as modificações comportamentais desejadas podem ser conseguidas através de mudanças cognitivas (J. Beck, 1997; Gonçalves, 1993). Assim se chama a atenção para o facto de que a resposta comportamental e/ou emocional não é apenas resposta ao estímulo mas sim à interpretação ou cognição/ representação construída pelo indivíduo acerca desse estímulo: “Não é uma situação por si só que determina o que as pessoas sentem, mas, antes, o modo como elas interpretam uma situação” (J. Beck, 1997, p. 29). Igualmente, salienta a interligação e causalidade interactiva entre cognição, emoção e comportamento, sendo necessária uma avaliação multidimensional de cognições, emoções e comportamentos, suas interacções e sua associação com os acontecimentos externos, para poder compreender o funcionamento do indivíduo e fundamentar uma intervenção (Gonçalves, 1993).

No que se refere à parte cognitiva do funcionamento psicológico, poderemos falar de três níveis de análise, que se diferenciam do mais profundo ao mais superficial e directamente acessível: estruturas, processos e produtos cognitivos. Os modelos cognitivos fundamentados na reestruturação cognitiva dão especial ênfase a esta distinção e à forma como estes níveis se interligam no surgimento da patologia, consistindo a intervenção terapêutica na modificação destes níveis de cognição, ainda que facilitada por metodologias de natureza comportamental ou mesmo emocional (J. Beck, 1997; Gonçalves, 1993).

No que respeita às estruturas cognitivas, é referida a importância do conceito de esquemas ou crenças centrais (J. Beck, 1997; Safran, 1990a), ou seja, representações construídas pelo indivíduo ao longo das vivências de interacção na infância, que lhe transmitem e confirmam informação acerca de si próprio, dos outros e dos seus mundos. São o nível mais profundo do funcionamento psicológico, sendo globais, rígidas, e generalizadas, aceites pelo indivíduo como verdade absoluta, não sujeita ao exame da realidade. O seu conteúdo pode ser positivo ou negativo. No caso das perturbações do eixo I, existe usualmente um predomínio de crenças positivas, sendo que as negativas são apenas activadas face a situações de maior exigência contextual ou dificuldade psicológica (J. Beck, 1997). No caso das perturbações de ansiedade e segundo Beck, Emery e Greenberg (1985) as crenças centrais negativas são centradas nas temáticas de aceitação, competência e controlo. Pelo contrário, nas perturbações do eixo II parece haver um predomínio de crenças negativas, construídas e aglomeradas ao longo de todo o desenvolvimento e relativas à maior parte dos eventos ou acontecimentos externo (J. Beck, 1997).

Young, Klosko e Weishaar (2003) focaram o seu trabalho na identificação de conteúdos cognitivos centrais, procurando a sua aplicação abrangente a aspectos crónicos e caracteriológicos de uma perturbação, quer seja do eixo I (nomeadamente ansiedade crónica) ou II. O seu contributo pretende complementar a teoria cognitiva aplicada, conceptualizando a presença de esquemas precoces maladaptativos de natureza interpessoal como explicativa de problemas crónicos, difusos e invasivos.

Estes esquemas ou sistema de crenças são construídos a partir de experiências de relação precoce com outros significativos (e.g. família caracterizada por aceitação condicional e maior valorização das necessidades dos pais do que da criança surge associada ao foco nas necessidades e vontades dos outros, como forma de ganhar afecto e aceitação; Young, et al., 2003) e que representam na altura da sua construção uma forma realista e adaptativa de perceber e gerir a realidade interpessoal. Nomeadamente, surgem quando não são satisfeitas pelos grupos de suporte primários (primeiro a família e posteriormente o grupo de pares) necessidades de vinculação, autonomia e competência, liberdade de expressão emocional, espontaneidade e limites realistas, e auto-controlo. A criança, em função de traços de personalidade individuais, processa informação decorrente deste tipo de interacções e constrói formas úteis de lidar com essas interacções para obter a maior satisfação possível das suas necessidades básicas (Greenberger & Padesky, 1995; Safran, 1990a; Young, et al., 2003). Por isso mesmo, estas estruturas são denominadas de esquemas interpessoais, na medida em que se referem ao conjunto de princípios, estratégias e informação aprendida para concretizar o objectivo inato do ser humano de manter relações interpessoais com outros significativos (Pinto-Gouveia & Rijo, 2001; Rijo, 2009; Safran, 1990a). Incluem representações referentes ao *self*, aos outros e aos padrões de interacção que comumente ocorrem entre eles (Baldwin, 1997; Horowitz, 1991).

As experiências interpessoais precoces parecem, portanto, ter impacto no funcionamento interpessoal subsequente, ao fundamentarem a construção de guiões acerca dos padrões interpessoais típicos com figuras de vinculação. Estes guiões vão-se tornando estáveis e menos acessíveis à consciência por experiências repetidas desde a infância (Crick & Dodge, 1994), acabando por tornar-se em representações generalizadas do *self*, das respostas esperadas do outro, e do funcionamento do mundo social, que são activadas face a situações que encaixem no padrão interpessoal vivido na infância (Shirk, 1998). Por altura dos 16 anos, estes guiões, que constituem o conteúdo esquemático do indivíduo, tornam-se rígidos, por acção de mecanismos de consistência cognitiva. Ao não serem actualizados face a alterações do contexto interpessoal, tornam-se desadaptativos para o funcionamento interpessoal do indivíduo e podem ser a base do desenvolvimento de vários sintomas de perturbações do eixo I crónicas, tal como ansiedade social (Horowitz, 1991; Safran, 1990a; Young, et al., 2003).

Young e colaboradores (2003) referem cinco conteúdos esquemáticos gerais, que integram diferentes crenças centrais: 1) desconexão e rejeição, referente a crenças de que a própria necessidade de estabilidade, segurança, cuidado, amor e pertença nunca serão satisfeitas na relação com outros; 2) autonomia e desempenho prejudicados, relativo a crenças na própria incapacidade de funcionar adequadamente e de forma independente de figuras significativas; 3) limites incorrectos que se consubstancia em crenças relativas à própria superioridade e arbitrariedade face a normas de relacionamentos interpessoais; 4) orientação para os outros, que passa por crenças relativas à aceitação por outros ser condicionada a agradar e satisfazer as suas necessidades, mesmo em detrimento das próprias; e 5) supervigilância e inibição, referente a crenças relativas à necessidade de suprimir os próprios sentimentos e impulsos espontâneos para cumprir regras rígidas e perfeccionistas atribuídas ao funcionamento interpessoal (para informação detalhada sobre os domínios/ conteúdos esquemáticos e os esquemas que os compõem, o leitor é referido a Young, et al., 2003, pp. 14-17). Quando confrontado com uma situação actual cujo significado se assemelhe ao evento que originou a construção destes conteúdos esquemáticos, eles são activados e influem, por sua vez, no processamento cognitivo e nos produtos ou respostas cognitivas, comportamentais e afectivas.

As respostas ou produtos cognitivos, emocionais e comportamentais são directamente relacionados aos conteúdos esquemáticos activados e à forma como moldam o processamento de informação em situações sociais; não se observa e age no mundo interpessoal face ao que ele de facto é mas sim face ao que se acredita que ele seja. Se se acredita não estar a cumprir as exigências interpessoais conducentes à manutenção da relação, serão suscitadas respostas de natureza ansiosa ou patológica (Horowitz, 1991; Safran, 1990a). Trabalhos anteriores atestam a importância de adoptar uma perspectiva socio-cognitiva sobre ansiedade social e fenómenos relacionais de uma forma geral (Baldwin & Main, 2001), já que a presença de esquemas interpessoais negativos parece associar-se a problemas relacionais e de desenvolvimento de competências sociais, também na infância (Crick & Dodge, 1994; Rudolph, Hammem, & Bruge,

1995; Shirk, 1998). É importante intervir ao nível destes padrões interpessoais e suas representações para obter melhoria generalizada do funcionamento psicológico do indivíduo (Baldwin, 1997; Safran, 1990a), e ajudar o indivíduo a desenvolver recursos para enfrentar futuras situações com significado semelhante às vivências precoces não satisfatórias, confirmando e construindo esquemas adaptativos.

A noção de esquemas adaptativos tem sido menos abordada na literatura. Definir a existência de um esquema adaptativo é considerar que o funcionamento cognitivo esquemático é um fenómeno universal. Tal como existem esquemas desadequados em sujeitos com dificuldades ou perturbações psicopatológicas, também deverão existir esquemas adaptativos em sujeitos psicologicamente saudáveis (Elliott & Lassen, 1997; Horowitz, 1991). Nesta perspectiva, os esquemas são representados como aspectos da personalidade do indivíduo, que permitem melhor conhecer e caracterizar o seu funcionamento. Esta perspectiva é sustentada pela consistência encontrada na reacção de um indivíduo face a situações interpretadas como semelhantes (Elliott & Lassen, 1997).

Elliott e Lassen (1997) teorizaram sobre o funcionamento esquemático universal, postulando a variação dos esquemas cognitivos num contínuo circular. Nos dois extremos do contínuo situam-se os pólos inflexíveis, extremados e patológicos do funcionamento psicológico, positivo e negativo. A inflexibilidade caracteriza-se pelo uso rígido e extremado de classes limitadas de acções interpessoais, que suscitam respostas complementares semelhantes em diferentes contextos interpessoais (Safran, 1990a). O que torna um esquema interpessoal maladaptativo não é a sua valência negativa, mas sim ser generalizado a tal ponto que se torna uma representação distorcida da realidade interpessoal do sujeito, e, conseqüentemente, suscita respostas emocionais e comportamentais desajustadas (Shirk, 1998). A perspectiva circular do contínuo esquemático representa a facilidade com que se poderá passar de um extremo ao outro (Elliott & Lassen, 1997).

No meio do contínuo situa-se o funcionamento esquemático integrado e flexível, caracterizado pela integração complexa de informação positiva e negativa, com ligeiro predomínio da positiva, maleável e funcional, por activar representações complexas e integradas da realidade (Elliott & Lassen, 1997). Esta flexibilidade está patente no indivíduo saudável que consegue facilmente transitar entre várias formas de interpretar e reagir à situação, em função das exigências da mesma (A. T. Beck, 1996). Exemplos de representações integradas flexíveis da realidade poderão ser a auto-aceitação, mesmo na possibilidade de cometer erros, a igualdade de competências comparativamente a outros, ou a valorização da proximidade emocional sem preocupação constante de que seja retirada. O sujeito pode a qualquer altura mover-se no contínuo esquemático, sendo a vivência psicológica saudável definida como a adequação do funcionamento esquemático às exigências da situação. Assim, o objectivo da intervenção cognitiva não será a destruição dos esquemas que o indivíduo possui mas sim a sua transformação

e expansão, promovendo o movimento ao longo do contínuo para formas mais adaptativas e funcionais face à realidade intra e interpessoal de cada sujeito (Elliott & Lassen, 1997).

Estas crenças e expectativas acerca da relação eu-outro podem ter um efeito positivo na estabilidade emocional do sujeito, precavendo-o do que esperar e como lidar com a própria activação e a do outro num evento social (Horowitz, 1991). A presença de esquemas cognitivos positivos e flexíveis parece associar-se à prática mais provável de comportamentos pró sociais por adolescentes, passando por menos respostas agressivas e mais respostas conducentes à integração social (Greener & Crick, 1999; Nelson & Crick, 1999). Estes adolescentes, principalmente do sexo feminino, quando numa situação interpessoal, focam-se na optimização da relação, avaliam as situações de forma mais positiva e seleccionam respostas sociais mais adequadas. O seu funcionamento cognitivo distinto parece fundamentar a sua forma de interacção social. Haverá muito a aprender e ganhar com a ênfase nos mecanismos sócio-cognitivos de comportamentos prossociais (Nelson & Crick, 1999), principalmente nas fases de vida em que estabelecer relações com um grupo de pares ganha maior importância (Greener & Crick, 1999; Nelson & Crick, 1999). As representações construídas a partir das relações com pares parecem ter um efeito mediador, entre as representações construídas acerca da família e as competências sociais demonstradas (Rudolph, et al., 1995), salientando a importância e potencial efeito restaurativo de uma integração social bem sucedida.

O esquema parece funcionar como uma “lens that a child comes to use in focusing on and attending to the social world” (Crick & Dodge, 1994, p. 80), seja de forma adaptativa ou disfuncional. A partir deste foco e processamento automático da situação em função do filtro esquemático pré-existente, podem surgir respostas ou produtos cognitivos, emocionais e comportamentais disfuncionais, que acabam por tornar-se características do tipo de personalidade atribuído à criança, explicando a consistência no seu comportamento e a perpetuação da veracidade e validade atribuída aos conteúdos esquemáticos ou crenças centrais (Crick & Dodge, 1994).

Ao ser activado, o esquema traz consigo activação cognitiva, emocional e comportamental (Greenberger & Padesky, 1995; Young, et al., 2003); da mesma forma, ao ser evitado verifica-se evitamento cognitivo (não pensar em temas relacionados ao esquema), emocional (não experimentar emoções associadas), e comportamental (evitar situações que activariam o esquema) (Pinto-Gouveia & Rijo, 2001). A.T. Beck (1996) refere-se a esta rede de activação integrada a nível cognitivo, afectivo, fisiológico, motivacional e comportamental como modo. Pela sua natureza integrada, o modo produz uma resposta sincronizada de todos estes elementos a eventos externos, consistindo numa estratégia de gestão coordenada. A sua activação implica determinado nível de energização, que pode ocorrer de imediato ou ser resultado de uma acumulação progressiva de acontecimentos, que são avaliados por estruturas cognitivas de atribuição de significado (esquemas orientadores), que procuram uma concordância

entre o seu conteúdo e as características da situação. No caso da patologia, este esquema orientador tem um limiar de activação elevado *a priori*, que activa mais rapidamente todas as estruturas (cognitivas, comportamentais, afectivas e fisiológicas) presentes no modo. Ao atingir o nível e energia necessário, o modo mantém-se activo, mesmo algum tempo após o acontecimento activador ter desaparecido ou cessado (A.T. Beck 1996).

Uma representação visual integrada da literatura revista acima e que apresenta a interligação entre as várias dimensões do funcionamento psicológico está representada na figura 1. Esta conceptualização do funcionamento psicológico parece poder ser aplicada igualmente à infância e adolescência (Friedberg & McClure, 2004; Stallard, 2005).

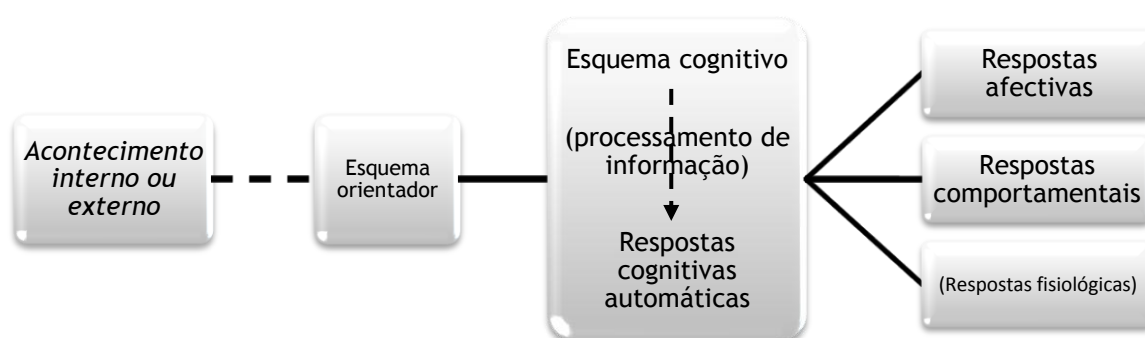


Figura 1: Activação de estruturas do funcionamento psicológico  
(adaptado de A. T. Beck, 1996, p. 7)

### 3.3.1.1 Componentes do modelo cognitivo - *Nível cognitivo.*

No que respeita ao nível cognitivo, estão incluídos os componentes centrais e periféricos, ou seja, os **esquemas cognitivos** (descritos acima) que influem na atribuição de significado a um evento social pela interferência nos mecanismos de **processamento de informação** (Greenberger & Padesky, 1995), e as **respostas cognitivas automáticas**, seja na forma de pensamentos auto-declarativos ou imagens.

No que se refere ao **processamento cognitivo de informação social**, os mecanismos de processamento de informação (interpretação, atenção e memória) são enviesados, servindo para confirmar as crenças centrais, que assim se auto-perpetuam (Baldwin, 1997; J. Beck, 1997; Pinto-Gouveia & Rijo, 2001; Safran, 1990a; Young, et al., 2003). As distorções cognitivas caracterizam o processamento de informação cognitivamente enviesado, na medida em que focam a atenção em informação negativamente interpretada, que será armazenada e posteriormente recuperada. Exemplos de distorções cognitivas comuns são o pensamento



dicotómico, sobregeneralização, abstracção selectiva, desqualificar experiências positivas, adivinhação, catastrofização, personalização etc. (para uma descrição detalhada destas distorções, o leitor é referido a J. Beck, 1997, pp. 128-129 ou Pinto-Gouveia & Rijo, 2001, p. 313).

O indivíduo está cognitivamente motivado para processar nova informação de acordo com o esquema, desconsiderando informação incongruente: “We clutch to the very familiar (...) self-image rather than abandon it to face the existential anxiety occasioned by the new and the unknown” (Horowitz, 1991, p. 52). O esquema sumaria experiências interpessoais passadas em formas organizadas e generalizadas, face às quais nova informação é medida e reorganizada, em função do quanto encaixa na informação anterior. Esta estrutura serve, assim, como uma teoria implícita e idiossincrática acerca de eventos sociais, utilizada como padrão para julgamentos, decisões, inferências ou predições futuras, que acontecem muito mais rapidamente e como base em muito menos informação, que é completada com a informação presente no guião esquemático (Horowitz, 1991; Markus, 1977).

Assim, a informação sofre enviesamentos de processamento, que poderão decorrer ao nível da atenção e codificação perceptiva, favorecendo informação coincidente com as preocupações emocionais do sujeito, interpretação, que é tendencialmente negativa, ou memória. Nesta última área, os resultados são mais controversos, sendo referida a influência de codificação e interpretação enviesada para justificar um enviesamento negativo na informação recuperada em tarefas de memória implícita e auto-biográfica, mas não de memória explícita (Mathews, 1997). Assim, os esquemas internos ao próprio sujeito parecem ser determinantes na forma como se avalia e responde a determinada situação, o que pode associar-se a reacções comportamentais e emocionais desadequadas (Horowitz, 1991; Markus, 1977; Rudolph, et al., 1995). O enviesamento cognitivo é usualmente dirigido ao conteúdo específico que caracteriza as preocupações emocionais do sujeito (hipótese de *content-specificity* na psicopatologia), também ao nível do processamento automático de informação, mas mais marcado ao nível do processamento deliberado (Mathews, 1997).

As **respostas cognitivas automáticas** representam o nível mais superficial de cognição e referem-se aos pensamentos auto-declarativos e/ou em imagem que surgem de um modo espontâneo ou automático e são directamente acessíveis à consciência e específicos a uma situação social. Podem ser declarativos ou condicionais, estipulando regras e condições de comportamento para gerir as representações ou crenças centrais. São usualmente aceites como verdadeiros sem deliberação ou avaliação, sendo o seu conteúdo directamente associado às crenças centrais que o sujeito possa possuir (J. Beck, 1997; Gonçalves, 1993).

### **3.3.1.2 Componentes do modelo cognitivo - Nível afectivo e comportamental.**

As **respostas afectivas** referem-se às emoções experienciadas e identificadas pelo indivíduo, sejam elas primárias ou secundárias (A. T. Beck, 1996). São decorrentes dos pensamentos, mas que na maioria das vezes são primeira e mais facilmente identificadas, sendo o processo cognitivo seu activador muitas vezes inconsciente (Mathews, 1997). É importante que o sujeito seja capaz de nomear a emoção associada às suas vivências, bem como a sua intensidade, sendo que no caso das psicopatologias parece existir uma discrepância entre a intensidade da emoção suscitada e o que seria expectável em determinada situação (J. Beck, 1997). A ansiedade e humor deprimido foram das primeiras respostas emocionais a serem atendidas e trabalhadas com sucesso segundo o modelo cognitivo (A. T. Beck, et al., 1985; Gelder, 1997).

As **respostas comportamentais** referem-se aos impulsos imediatos para agir num determinado sentido (A. T. Beck, 1996). Ao serem automáticas servem o propósito de contribuir para a confirmação dos conteúdos cognitivos primários. Podem fazê-lo de diferentes formas: 1) rendição ou aceitação passiva da veracidade destes conteúdos e, portanto, vivendo situações sociais e não sociais que os activem e confirmem; 2) negação em absoluto dos conteúdos do esquema e situações que se lhe associem, ou, ainda, 3) compensar e gerir a vida quotidiana para evitar que os esquemas sejam activados. Neste último caso, face a uma situação que active estes conteúdos, o indivíduo não possui quaisquer recursos para a gerir, podendo rapidamente adoptar uma postura de rendição (Pinto-Gouveia & Rijo, 2001; Young, et al., 2003).

Embora sejam maioritariamente automáticos, o indivíduo pode treinar o controlo volitivo sobre estes comportamentos, recorrendo a mecanismos de controlo consciente, deliberado, sobre desejos, objectivos e valores impulsivos ou automáticos. Estes mesmos mecanismos podem ser aplicados à introspecção e questionamento de pensamentos automáticos disfuncionais. Estes mecanismos não pertencem ao modo, tendo a capacidade de o desenergizar, sendo portanto o objectivo da intervenção terapêutica a sua activação, para análise, modificação e desactivação dos modos disfuncionais de gestão intra e interpessoal (A. T. Beck, 1996).

### **3.3.2 O modelo cognitivo na ansiedade social e assertividade.**

Vários trabalhos revistos nos capítulos 1 e 2 conceptualizam a ansiedade social e o défice assertivo como fundamentados em esquemas cognitivos interpessoais de valência negativa, que sustentam uma representação negativa de si mesmo, do outro e do mundo social. Em ambos os casos parece existir uma representação de si próprio frágil e incapaz, dependente dos outros para o próprio funcionamento quotidiano, uma representação do outro como incapaz de

responder às próprias necessidades emocionais (por exemplo, segurança, afecto, partilha, pertença), e uma representação do mundo e das relações interpessoais como perigosas e condicionais, onde a própria aceitação e integração social está dependente de comportamentos submissos e preocupação prioritária com as necessidades e vontades dos outros. Este tipo de esquemas parece influir no processamento de informação social na ansiedade social (Clark & McManus, 2002); já no caso do défice assertivo não temos conhecimento de trabalhos que versem directamente sobre esta temática. Ainda assim, poderemos referir que no caso do comportamento social positivo parece haver evidência de um processamento de informação social diferenciado (Nelson & Crick, 1999).

De acordo com as premissas do modelo cognitivo descritas acima (A. T. Beck, 1996; J. Beck, 1997; Young, et al., 2003), este funcionamento psicológico fundamentado em esquemas negativos originaria pensamentos automáticos negativos. Existe evidência de maior frequência de pensamentos sociais automáticos negativos em indivíduos com ansiedade social, (Beazley, et al., 2001; Stopa & Clark, 1993, 2000) e em indivíduos com défice assertivo (Heimberg & Becker, 1981; Heimberg, et al., 1983; Rakus, 1991). Em ambos os casos parecem ser relativos à própria competência e à probabilidade de eventos e consequências sociais negativas.

A activação emocional e comportamental subsequente parece caracterizar-se por aspectos igualmente semelhantes. A ansiedade social e o défice assertivo caracterizam-se por activação emocional e fisiológica ansiosa, e pelo comportamento inibido e pouco competente socialmente, facilmente cedendo aos outros e sem expressar as próprias necessidades ou desejos (Alfano, et al., 2006; Heimberg & Becker, 1981; Rakus, 1991; Rapee & Abbott, 2006).

Considerando o exposto anteriormente, parece sustentado hipotetizar sobre a aplicação do modelo cognitivo à ansiedade social e défice assertivo simultaneamente. A relação recíproca entre ansiedade social e assertividade poderá estar fundamentada na existência de uma estrutura cognitiva semelhante, que origina uma activação cognitiva, emocional e comportamental semelhante. O teste deste modelo poderá sustentar a associação implícita que tem sido considerada entre estas duas variáveis primárias, bem como fundamentar a intervenção tipicamente aplicada face a estas dificuldades interpessoais, que conjuga treino assertivo e relaxamento. A fundamentação empírica dos pressupostos teóricos e práticos da intervenção é uma meta essencial da ciência psicológica, que comprova a sua eficácia enquanto promotora da saúde mental, ao nível pessoal e psicossocial (Mischel, 2000).

### **3.4 Promoção do Desempenho Social na Adolescência**

A análise das estratégias de intervenção utilizadas quer face à ansiedade social quer face ao défice assertivo permite incluí-las nos parâmetros da intervenção cognitiva, que consiste na

aplicação de estratégias de intervenção cognitivas, comportamentais e emocionais, de forma a poder abarcar a activação simultânea e integrada das várias dimensões do funcionamento psicológico, tal como perspectivado por este modelo.

Em qualquer caso, a terapia cognitiva é baseada num modelo educacional, que pressupõe que o indivíduo compreenda os conceitos e aplicações cognitivas, bem como a forma como permitem compreender e ajudar a gerir as suas dificuldades. Assim, quer se tratem de estratégias cognitivas, comportamentais ou emocionais, cabe ao terapeuta explicar o racional da intervenção, para que o indivíduo compreenda o quê e o porquê do que lhe é pedido (A. T. Beck, et al., 1985; J. Beck, 1997).

A intervenção cognitiva inicia-se na conceptualização ou formulação cognitiva do caso, que pressupõe a identificação de estruturas, operações e produtos cognitivos apresentados pelo sujeito e de como se associam logicamente à activação emocional, comportamental e fisiológica. Ainda mais importante será reconhecer como estas características do funcionamento psicológico do indivíduo se formaram ao longo do seu desenvolvimento e foram sendo mantidas face às circunstâncias de vida do indivíduo. Por fim, importa compreender que mudanças terão ocorrido para que a forma característica de funcionamento do sujeito se tenha alterado ou deixado de ser adaptativa às circunstâncias actuais da sua vivência (J. Beck, 1997; Berman, 2010), provocando o problema ou psicopatologia apresentada. Os mesmos pressupostos fundamentam a conceptualização de casos com crianças e adolescentes (Friedberg & McClure, 2004; Stallard, 2005).

Esta conceptualização cognitiva do caso individual deve ser partilhada com o indivíduo à medida que ele vá desenvolvendo competências que lhe permitam compreendê-la, garantindo que estão em sintonia no que respeita aos pressupostos e objectivos que norteiam a intervenção (J. Beck, 1997; Berman, 2010). Para poder estabelecer objectivos de natureza cognitiva, o sujeito deverá ser *a priori* instruído acerca do modelo cognitivo e da sua aplicação em específico ao tipo de perturbação que apresenta. A definição de objectivos claros permite que sujeito e terapeuta trabalhem em conjunto e observem claramente os progressos da terapia. A intervenção cognitiva é focada nos problemas relatados pelo sujeito e pretende responder-lhes de forma directa, encorajando a auto-suficiência e pró-actividade do sujeito. Objectiva-se que no final da intervenção o sujeito possua recursos suficientes para gerir as dificuldades que persistirem e que surjam futuramente; que o sujeito passe a ser *terapeuta de si próprio* (A. T. Beck, et al., 1985).

A intervenção cognitiva pressupõe a existência de uma aliança terapêutica colaborativa, de parceria e confiança, cuja qualidade aliada ao uso adequado de estratégias de mudança parece trazer os melhores resultados de eficácia terapêutica. Uma aliança terapêutica colaborativa é essencial para o empirismo colaborativo ou reestruturação cognitiva, que caracteriza a intervenção cognitiva (A. T. Beck, et al., 1985; Waddington, 2002). Numa

perspectiva cognitivista, a forma como o sujeito se relaciona com o terapeuta é informativa da sua representação e expectativas interpessoais, sendo portanto um bom ponto de partida para a mudança e desconfirmação de crenças disfuncionais acerca das interacções eu - outros, tanto em adultos (Safran, 1990b), como em crianças (Shirk, 1998). A relação terapeuta pode constituir-se como uma base segura e experiência restauradora a partir da qual o paciente pode explorar o seu mundo e rever e reconstruir representações sobre ele, mais realistas e positivas (Waddington, 2002; Young, et al., 2003).

No que se refere a técnicas terapêuticas específicas, todas as descritas em seguida poderão ser facilmente aplicadas com crianças e adolescentes, considerando a sua capacidade de compreensão, motivação e problema apresentado (Friedberg & McClure, 2004; Stallard, 2005). No caso específico de crianças e adolescentes ansiosos, a prática de estratégias cognitivas referentes a auto-monitorização de pensamentos, reestruturação e controlo do pensamento, relaxamento, treino de competências sociais e procedimentos baseados no desempenho são referidos como úteis e de aplicação fácil e válida (Friedberg & McClure, 2004).

#### **3.4.1 Estratégias cognitivas.**

A **reestruturação cognitiva** é uma técnica essencial do modelo cognitivo, sempre que se considerem existir crenças centrais ou pensamentos negativos implicados na perturbação ou dificuldade do sujeito, como é o caso na ansiedade social e no défice assertivo. Esta técnica visa alterar a estrutura cognitiva disfuncional do sujeito, base do processamento enviesado de informação e sintomatologia aumentada.

A reestruturação cognitiva envolve quatro passos (A. T. Beck, et al., 1985). O primeiro passa pela identificação de cognições problemáticas, centrais ou automáticas, com a ajuda do terapeuta. O terapeuta pode ajudar a identificar cognições na própria sessão, de preferência quando percebe uma mudança emocional, que se fundamenta numa activação cognitiva. Técnicas úteis a este objectivo poderão ser o questionar (e.g. "O que estava a passar pela sua cabeça neste momento?", J. Beck, 1997, p. 93), dar frases para completar, apresentar alternativas possíveis. Igualmente, o terapeuta pode ajudar o paciente a identificar pensamentos presentes numa situação problemática específica, questionando sobre essa situação, ou ainda, acompanhando o sujeito no tipo de actividades que representa o problema para que os pensamentos automáticos sejam activados *in loco* (A. T. Beck, et al., 1985; J. Beck, 1997). O segundo passo envolve a identificação da distorção associada. São vários os tipos de distorção cognitiva que podem estar implicados nas dificuldades do sujeito, sendo que em função da distorção presente será mais ou menos útil a utilização de determinada técnica de disputa do pensamento distorcido. A disputa racional destes pensamentos distorcidos representa o terceiro

passo da reestruturação cognitiva. Pode ser feita por recurso ao diálogo socrático (avaliar a lógica desses pensamentos), teste de realidade (evidências factuais contra e a favor do pensamento em avaliação, seja em experiências de vida passada ou presente, de forma a concluir sua validade ou falibilidade deste pensamento) ou teste de hipóteses cognitivas (testar na realidade as expectativas usualmente negativas associadas às leis ou condições cognitivas segundo as quais o indivíduo rege a sua vida). Este questionamento baseia-se em três grandes grupos de questionamento de pensamentos automáticos negativos: *Qual é a evidência? Existe outra forma de olhar para a situação? E se o pior acontecer?* (para exemplos de questões de disputa específicas e sua explicitação, o leitor é remetido para A. T. Beck, et al., 1985, pp. 197-198 ou J. Beck, 1997, p. 120). O terapeuta deve estar atento e tentar perceber qual é mais útil ao sujeito com quem está a trabalhar, bem como avaliar a eficácia da avaliação do pensamento. Por fim, no quarto passo, o sujeito é chamado a desenvolver uma refutação racional, adaptativa e realista às crenças enviesadas, que deve activar ou levar consigo em formato escrito ao enfrentar as situações que usualmente são alvo de distorções no processamento (A. T. Beck, et al., 1985; J. Beck, 1997; Gonçalves, 1993). Um instrumento útil à concretização desta estratégia cognitiva é o registo diário de pensamentos que associa cada pensamento ao evento externo ou interno antecedente e à resposta emocional e/ou comportamental subsequente e que passe a incluir também, de acordo com a evolução do sujeito, o registo do processo de questionamento e resposta adaptativa consequente, bem como avaliação emocional adjacente a esta mudança cognitiva. (A. T. Beck, et al., 1985; J. Beck, 1997)

O mesmo processo pode ser aplicado à activação de imagens negativas espontâneas como produtos cognitivos, modificando os seus aspectos negativos, procurando que se aproximem mais da realidade, ou substituindo-as por imagens alternativas, seja considerando a perspectiva de outra pessoa, imagens de *coping* ou imagens de sucesso (resolução de problemas, relaxamento, projecção no futuro da concretização dos objectivos da intervenção, entre outras; A. T. Beck, et al., 1985; J. Beck, 1997).

Estas estratégias terão mais efeito se forem abordados inicialmente pensamentos mais superficiais e só depois passar-se a pensamentos mais centrais e profundos (crenças centrais), pressupondo que é à medida que os pensamentos automáticos são desafiados com sucesso que o cliente se torna mais capaz de examinar as crenças centrais (J. Beck, 1997; Hope, et al., 2010). Activar e trabalhar crenças centrais mais profundas implica trabalhar a auto-definição do sujeito, pelo que implica cuidado, empatia e formação adequada por parte do terapeuta, e não é recomendado face a perturbação episódica, com severidade média ou reduzida (Greenberger & Padesky, 1995; James & Barton, 2004).

Estas crenças poderão ser identificadas espontaneamente pelo sujeito na sequência de um pensamento ou imagem automática ou podem ser descobertas com a ajuda do terapeuta. O apoio do terapeuta na descoberta das crenças centrais pode passar pelo pedido de

preenchimento de um questionário estandardizado acerca de esquemas ou crenças interpessoais comuns, já disponível no nosso país [e.g. Questionário de Esquemas de Young (Pinto-Gouveia, Salvador, & Rijo, 1990; Rijo, 2009) ou Questionário de Esquemas Interpessoais (Pinto-Gouveia, Cunha, & Robalo, 1997)], pela tentativa de activar estas estruturas cognitivas, pedindo ao sujeito para recordar em imagem uma situação anterior o mais precoce possível em que tenha sentido dificuldades semelhantes ao pedido de ajuda, ou utilizar a técnica de seta descendente (A. T. Beck, et al., 1985; J. Beck, 1997), que pressupõe que o terapeuta questione o sujeito acerca do sentido ou significado por detrás do pensamento automático (e.g. Se esse pensamento for verdade, o que significa? O que diz acerca de si próprio/ outros/ relações?), até chegar a crenças declarativas, generalizadas, rígidas, absolutas acerca de si próprio, dos outros ou das relações interpessoais.

Além da reestruturação cognitiva, algumas técnicas têm sido referidas para a modificação de crenças centrais, nomeadamente a construção de um contínuo em que os pensamentos e crenças do sujeito possam ser vistas como situando-se num extremo e questionadas e repensadas para procurar situá-las num ponto intermédio, recorrendo a questionamento socrático (cujo resultado pode facilmente ser registado num “Relatório de Crença Central”, in J. Beck, 1997, pp. 184-185); o *role-play* racional-emocional, que passa por pôr em confronto a parte emocional/ disfuncional e a parte racional do sujeito (no presente ou restaurando experiências marcantes/ traumáticas do seu desenvolvimento), ou experiências por exposição comportamental, associada ao treino de competências como forma de garantir o sucesso e confirmação cognitiva positiva esperada, e/ou agindo como se não se acreditasse na crença em causa, retirando evidências contraditórias à crença disfuncional (J. Beck, 1997; James & Barton, 2004).

#### **3.4.2 Estratégias Emocionais e Comportamentais.**

Além destas estratégias cognitivas primárias, a intervenção cognitiva pressupõe a co-existência de estratégias de intervenção emocionais e comportamentais (Gonçalves, 1993; Young, et al., 2003). Quer a terapia seja orientada primariamente para o alívio dos sintomas comportamentais e fisiológicos e só posteriormente para os pensamentos automáticos e crenças centrais ou vice-versa (A. T. Beck, et al., 1985), será sempre importante compreender a forma como a parte cognitiva, afectiva e comportamental do funcionamento psicológico se interligam e confirmam (J. Beck, 1997). De facto, a pessoa normalmente não supera as suas dificuldades, nomeadamente de ansiedade, quando as mudanças no pensamento não são acompanhadas de mudança comportamental (Greenberger & Padesky, 1995).

A aplicação de **estratégias emocionais** parte do pressuposto de que a intensidade emocional excessiva é característica de várias perturbações ou dificuldades psicológicas. A terapia cognitiva reconhece a interferência desta activação emocional, e pretende reduzi-la, considerando-a relacionada a interpretações erróneas ou distorcidas acerca da situação (J. Beck, 1997). Assim, o terapeuta deve ajudar o indivíduo a reconhecer, avaliar, gerir e aceitar as emoções suscitadas pela activação cognitiva (Gonçalves, 1993). No caso específico da ansiedade, o sujeito deve ser educado acerca de quais são os sintomas associados à ansiedade, do papel adaptativo da ansiedade e do objectivo de gestão e não eliminação da ansiedade (A. T. Beck, et al., 1985). O reconhecimento e aceitação dos sintomas ansiógenos poderão ser o primeiro passo para os controlar, passando por aceitar e rever a sua ocorrência sem lhe atribuir um juízo negativo, nem esperar esse juízo negativo de outros, mas simplesmente descrevendo-os da forma mais factual possível (e consequentemente, menos enviesada a nível de interpretação).

Ao reconhecimento da própria ansiedade enquanto experiência comum e característica segue-se o questionamento das consequências nefastas (inter e intra-pessoais) esperadas em consequência da ansiedade sentida, bem como o trabalho de reconhecimento do papel dos próprios pensamentos e expectativas no surgimento da ansiedade, para que deixe de ser vista como causada ou causa de estímulos externos (por exemplo, enlouquecer) (A. T. Beck, et al., 1985). Igualmente treina-se a mestria sobre a activação emocional por recurso a técnicas de relaxamento, nomeadamente o relaxamento muscular progressivo, controlo da respiração ou a distração (Kennerley, 2009), que pretendem otimizar a capacidade de gestão de sintomas fisiológicos como a aceleração do batimento cardíaco e da respiração, com associação de uma imagem de paz. Estas estratégias são definidas como co-adjuvantes, pois ao trazerem alívio sintomático facilitam a investigação do pensamento disfuncional (A. T. Beck, et al., 1985).

Relativamente a **estratégias comportamentais**, referimo-nos a treino de competências (resolução de problemas e tomada de decisão, competências sociais...) ou exposições em *role-play*, supervisionadas pelo terapeuta, que permitem vivenciar as situações temidas de forma simulada, controlada e moldável às necessidades do indivíduo e do progresso do tratamento. Este treino / ensaio comportamental é uma forma de preparar o sujeito, pela prática e aprendizagem com *feedback* correctivo de competências sociais ou pessoais importantes. A reestruturação cognitiva é usada em conjugação com a exposição comportamental para identificar, avaliar e desafiar pensamentos que ocorrem antes, durante e após a exposição, e também como forma de preparação e construção de pensamentos adaptativos e orientados para a tarefa (e não seu evitamento) que possam ser activadas na exposição comportamental real (A. T. Beck, et al., 1985).

De forma a generalizar as competências adquiridas e conduzir a um aumento do sentimento de auto-eficácia pela prática bem sucedida continuada, o sujeito em intervenção cognitiva recebe tarefas para casa, que passam pela exposição *in vivo* / confrontação com as



situações temidas ou ansiógenas e reestruturação cognitiva auto-regulada (J. Beck, 1997; Hope, et al., 2010), devendo ser estabelecidas em conjunto entre terapeuta e paciente, serem uma ferramenta de trabalho em cada sessão, ser subjectivamente pertinentes e atingíveis (A. T. Beck, et al., 1985). É importante que o indivíduo compreenda que a prática de competências em contexto protegido é, naturalmente, facilitada, pelo que a aprendizagem e competência do sujeito apenas será de facto demonstrada na prática real, permitindo uma mais fácil progressão na intervenção (J. Beck, 1997). Igualmente, esta exposição permite o teste empírico das crenças ou pensamentos automáticos que fundamentam o funcionamento psicológico do sujeito, pela recolha de informação factual que permita desconfirmá-las ou determinar competências ainda necessárias à adaptação psicossocial do sujeito que é preciso desenvolver em contexto terapêutico (A. T. Beck, et al., 1985). Por outro lado, os esquemas orientadores são modificados à medida que o indivíduo vai aprendendo novas regras acerca do significado de determinadas características ou ocorrências em eventos externos (A. T. Beck, 1996).

A exposição comportamental às situações temidas deverá ser gradual, representando uma aproximação planeada e faseada às dificuldades do sujeito, ao mesmo tempo que possibilita a percepção do problema como manejável, porque passível de ser dividido em passos e objectivos concretos e atingíveis. A presença e encorajamento de outros significativos e/ou do próprio terapeuta pode ser um forte incentivo à exposição comportamental bem sucedida. No caso da ansiedade, será importante aconselhar o indivíduo a permanecer nas situações até que a sua ansiedade diminuir, mesmo que ligeiramente, para ser construída uma nova aprendizagem de competência e não o inverso. Este sentido de auto-eficácia e auto-competência retirado do sucesso é especialmente pertinente em situações de ansiedade social, sendo o tipo de perturbação de ansiedade que mais directamente questiona o sentido de competência individual (A. T. Beck, et al., 1985).

## Síntese de Capítulo

A adolescência é caracterizada por um conjunto de transformações a vários níveis (fisiológicas, cognitivas, psicossociais), sendo que a socialização ganha especial importância, por ocupar um papel mais significativo na vida do adolescente e por ajudá-lo na resolução das tarefas de desenvolvimento associadas a este período de vida. Todas as transformações que o adolescente experiencia contribuem para a alteração real e percebida das relações sociais que estabelece, que se tornam mais exigentes, menos estruturadas, e percebidas como o encontro de pontos de vista diferentes e possivelmente contraditórios. O medo de não corresponder às expectativas dos outros é, agora, real e assim percebido pelo adolescente. Este cenário torna o adolescente especialmente vulnerável ao desenvolvimento mais ou menos transitório de dificuldades sociais, nomeadamente ansiedade social e défice assertivo.

A ansiedade social e o défice assertivo são, portanto, dificuldades interpessoais comuns na adolescência, que têm surgido associadas de forma mais implícita que explícita. Ou seja, a associação entre ansiedade social e défice assertivo a nível conceptual parece clara, partindo de crenças sociais ou interpessoais negativas, activação emocional ansiosa e comportamentos de passividade ou evitamento, mas os trabalhos que efectivamente procuraram associações entre estas duas variáveis não são frequentes. De entre os que se dedicaram a esta temática, têm encontrado consistentemente associações entre ansiedade social e assertividade, embora a magnitude destas associações varie em função das dimensões do funcionamento psicológico ou dos contextos ou dimensões sociais em avaliação.

Esta associação parece ser recíproca, já que tanto o défice assertivo pode aumentar a apreensão face a eventos sociais, como a ansiedade pode interferir na qualidade do desempenho assertivo. A compreensão destes mecanismos recíprocos não tem, no entanto, sido alvo de investigação. O modelo cognitivo poderá ser uma ferramenta útil à conceptualização integrada destes dois aspectos do desempenho social do adolescente. De facto, o modelo cognitivo tem sido aplicado ao domínio interpessoal, definindo a existência de esquemas interpessoais tanto funcionais como disfuncionais, que estarão na origem da forma como é processada informação social, ao nível dos processos de atenção, interpretação e memorização, e dos pensamentos automáticos activados em sequência. Por sua vez, esta activação cognitiva surge associada a respostas afectivas, comportamentais e afectivas concordantes. Trata-se, portanto, de uma resposta integrada do funcionamento psicológico face a um evento social analisado em função das estruturas cognitivas primárias que o sujeito adquire precocemente no seu desenvolvimento.

A literatura tem referido a existência de activação cognitiva, afectiva e comportamental específica no caso da ansiedade social e défice assertivo, que apresentam vários pontos de semelhança. Tal sustenta a conceptualização e intervenção cognitiva junto a estas dificuldades

interpessoais, com o objectivo último de promover a sua superação. Para isso, surge como pertinente a utilização de técnicas cognitivas, como a reestruturação cognitiva, conjugadas e co-adjuvadas com técnicas emocionais, como o relaxamento, e técnicas comportamentais, como o treino de competências e/ou a exposição comportamental. No âmbito de uma aliança terapêutica colaborativa, a utilização destas estratégias de forma conjugada permitirá responder à activação integrada de sintomas cognitivos, afectivos e comportamentais na ansiedade social e défice assertivo.

---

## **CAPÍTULO 4: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO GERAL**

---

## Capítulo 4: Enquadramento Metodológico Geral

### 4.1 Investigação em Psicologia

A psicologia enquanto ciência aplicada vive um período conturbado, em que a sua pertinência é questionada pela falta de evidências que fundamentem as práticas de intervenção psicológica e que confirmem a sua eficácia (Mischel, 2000). Assim, é necessário providenciar evidências teóricas e empíricas que possam sustentar, por um lado, a aplicação de técnicas de intervenção, e por outro, a sua qualidade terapêutica, face a um sujeito e problemática claramente definida. Tal permitirá proporcionar ao psicólogo clínico bases sólidas para a decisão clínica junto aos sujeitos que o procuram, e, a longo prazo, uma intervenção de qualidade. Isto reflectir-se-á, em última análise, na procura e eficácia e utilidade clínica atribuída à psicologia e seus praticantes (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

O presente trabalho segue de perto estas recomendações para otimizar a pertinência da investigação em psicologia, e contribuir para a sua validade enquanto ciência promotora da saúde mental dos sujeitos. Neste sentido, procura inicialmente providenciar evidência teórica e empírica que sustente a intervenção, e seguidamente evidência relativamente à eficácia e utilidade terapêutica da intervenção.

### 4.2 Objectivos do Trabalho

Considerando a natureza deste trabalho, foram realizados três estudos, interdependentes, para cumprir dois objectivos gerais distintos.

O **primeiro objectivo geral** deste trabalho é analisar a associação entre ansiedade social e assertividade na adolescência. De acordo com a literatura revista anteriormente, existe evidência que permite esperar uma associação negativa significativa entre ansiedade social e assertividade. Ainda, a associação entre as duas variáveis poderá ser conceptualizada e compreendida de acordo com o modelo cognitivo.

Como trabalho prévio à concretização deste objectivo, foi necessário operacionalizar os conceitos de ansiedade social e assertividade em variáveis de medida. Foram seleccionados

instrumentos de avaliação que permitissem avaliar as duas variáveis, manifestas nas principais dimensões do modelo cognitivo (cognição, emoção, comportamento). Os critérios de selecção de instrumentos de avaliação passaram por 1) versarem o constructo da forma mais próxima possível à literatura da área, e 2) estarem construídos e/ou adaptados para a língua portuguesa. Com base nestes critérios, seleccionámos três instrumentos e construímos um.

Para avaliar as dimensões emocional e comportamental de ansiedade social, seleccionámos a *Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes* (Cunha, Gouveia, et al., 2008), que cumpria os nossos dois critérios. Para avaliar a dimensão cognitiva de ansiedade social seleccionámos o *Social Thoughts and Beliefs Scale* (Turner, Johnson, Beidel, Heiser, & Lydiard, 2003), que se adequa à literatura na área e por na altura não conhecermos nenhum instrumento em língua portuguesa que versasse o mesmo constructo. Para avaliar as dimensões emocional e comportamental de assertividade, seleccionámos a *Scale for Interpersonal Behavior* (Arrindell, et al., 2001; Arrindell, et al., 1984), descrita no capítulo 2 (ponto 2.4), por não termos encontrado nenhuma escala preparada para o contexto português que se adequasse à definição mais contemporânea de assertividade. Para avaliar a dimensão cognitiva de assertividade, construímos um questionário, já que o único disponível (Golden, 1981) não cumpria nenhum dos nossos critérios.

Foi necessário proceder aos trabalhos de tradução e adaptação da *Scale for Interpersonal Behavior* e da *Social Thoughts and Beliefs Scale*; foi necessário proceder ao processo de construção e avaliação do questionário de avaliação da cognição na assertividade, que denominámos de Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo; e foi necessário avaliar o comportamento da *Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes* junto a adolescentes tardios. Este conjunto de trabalhos preliminares será apresentado no **Estudo Um - Trabalhos Preliminares**. Trata-se de trabalhos de preparação e validação psicométrica de instrumentos de avaliação.

Tendo preparado os instrumentos de medida, procedemos à recolha de dados propriamente dita, para responder directamente ao primeiro objectivo geral deste trabalho. Os dados recolhidos foram analisados para responderem a várias questões de investigação: i) caracterizar os níveis de ansiedade social e assertividade numa amostra de adolescentes tardios; ii) analisar a associação entre ansiedade social e assertividade numa amostra de adolescentes tardios; iii) analisar a associação entre ansiedade social e assertividade de acordo com as premissas do modelo cognitivo. Este trabalho está relatado no **Estudo Dois - Compreensão do Desempenho Social na Adolescência**. Trata-se de um estudo correlacional, de acordo com a definição de L. Almeida e Freire (2007), porque procura encontrar e compreender as relações entre variáveis, permitindo estabelecer previsões, mas não relações de causalidade.

O **segundo objectivo geral** deste trabalho é desenvolver, implementar e avaliar um programa de promoção de competências sociais e gestão de ansiedade social, junto a uma amostra de adolescentes tardios (sensivelmente entre os 16 e os 18 anos). A literatura revista sugere a semelhança de técnicas utilizadas na intervenção cognitivo-comportamental face a ansiedade social e face a défice assertivo, bem como refere que a maioria dos programas de intervenção para ansiedade social inclui uma componente de treino de competências sociais, nomeadamente assertivas.

Foi com base nestes pressupostos que foi construído um programa de promoção de competências sociais e gestão de ansiedade social, numa perspectiva de intervenção preventiva. Este programa foi fundamentado essencialmente em dois programas de intervenção na ansiedade social que incluem treino de competências sociais e que têm sido sujeitos a trabalhos de verificação da sua eficácia. Foram eles o *Skills for Social and Academic Success* (Masia, et al., 1999) e o *Cognitive-behavioral Therapy for Social Phobia in Adolescents* (Albano & DiBartolo, 2007a, 2007b).

Foi necessário proceder à planificação de todas as sessões integrantes deste programa, no que se refere à sua ordem e cronograma, aos conteúdos e técnicas a abordar em que sessões, e aos materiais de apoio necessários. Igualmente, foi necessário determinar que características do sujeito seriam consideradas como critério de inclusão no programa e como seriam avaliadas. Este processo está também descrito no **Estudo Um - Trabalhos Preliminares**, como trabalho preliminar necessário à implementação e avaliação do programa propriamente dito. Trata-se de um trabalho de natureza qualitativa e de análise de conteúdo, que passou pela revisão de trabalhos anteriores, análise dos conteúdos utilizados para intervir nas problemáticas em causa, análise da qualidade destes trabalhos e das estratégias de intervenção utilizadas. Assim foi possível definir e fundamentar o protocolo de intervenção construído, que servirá de forma de controlo da variável independente, a intervenção, avaliada posteriormente.

Este programa de intervenção, de acordo com o protocolo definido preliminarmente, foi aplicado em dois ensaios clínicos numa escola secundária do distrito de Aveiro. Os resultados relativos a esta aplicação e avaliação da mudança intra-sujeitos são descritos no **Estudo Três - Promoção do Desempenho Social na Adolescência**. Este tipo de estudo é definido como *quasi-experimental* tal como definido por L. Almeida e Freire (2007), por haver uma condição experimental definida *a priori*, por ser avaliada a sua influência no grupo de indivíduo sujeitos a esta condição em série temporais de registo (pré-intervenção, pós-intervenção e *follow-up* a 3 meses). Contudo, por não existir grupo de controlo ou sujeito a outra condição experimental, não é possível atribuir as alterações na variável dependente (desempenho social do adolescente em intervenção) apenas à variável independente (implementação do programa de intervenção).

A influência de variáveis parasitas, nomeadamente a presença de experiências sociais diversificadas no decorrer do ano lectivo, terá de ser, igualmente, considerada. Para tentar controlar esta variável, os dois ensaios clínicos foram aplicados durante o segundo período do ano lectivo.

#### 4.3 Amostras

A amostra representa a secção da população a qual temos acesso, sobre a qual se pretende inferir conclusões acerca do comportamento da população como um todo (Field, 2001). No presente trabalho, a população em análise seriam os adolescentes tardios sem psicopatologia clínica. Na impossibilidade de aceder a todos estes adolescentes, seleccionámos uma amostra por conveniência geográfica, residente e estudante no distrito de Aveiro. Ao seleccionar a amostra, é necessário ter vários cuidados, para garantir que ela é uma representação válida da população, considerando dois grandes aspectos: a significância e a representatividade. Pela primeira, entende-se o número de amostra; pela segunda a sua qualidade, que é dependente do processo pelo qual foi seleccionada, ou seja, do processo de amostragem (L. Almeida & Freire, 2007).

A probabilidade de uma maior representatividade da amostra é conseguida quando o número da amostra é elevado, é seleccionado aleatoriamente e traduz da forma mais exacta possível os estratos da população. Já a significância da amostra é mais dependente do tipo de estudo que está a ser trabalhado. Por norma, sugere-se um mínimo de 10 sujeitos por cada condição experimental ou número de itens num instrumento de medida (L. Almeida & Freire, 2007). Estas indicações foram seguidas na selecção das várias amostras em consideração, nos Estudos Um, Dois e Três.

A preparação dos instrumentos de medida, inserida no **Estudo Um - Trabalhos Preliminares**, recorreu a amostras seleccionadas no distrito de Aveiro, de adolescentes que frequentem o ensino secundário público, considerando os anos de escolaridade como os estratos considerados pela sociedade para incluir os adolescentes tardios. Dentro de cada ano de escolaridade do ensino secundário público, foram seleccionadas turmas de forma aleatória. O número mínimo de sujeitos correspondeu sempre a um mínimo de 10 sujeitos por número de itens, em cada instrumento de medida. Já a preparação do instrumento de intervenção, também inserida no **Estudo Um - Trabalhos Preliminares**, passou por uma recolha bibliográfica de programas de intervenção na ansiedade social ou de treino assertivo aplicados e avaliados na adolescência, que constituíram a amostra deste trabalho e se encontram descritos na revisão de literatura anteriormente realizada.



No **Estudo Dois - Compreensão do Desempenho Social na Adolescência** foi seguido um processo de amostragem polietápico. Foram seleccionados alunos do ensino secundário público no distrito de Aveiro, estudantes em escolas que abarcassem as diferentes classificações dadas pelo Ministério da Educação relativamente ao desempenho escolar dos alunos. Esta selecção de escolas teve como objectivo aumentar a probabilidade de que fossem seleccionados alunos pertencentes a todos os níveis socioeconómicos e de desempenho escolar, assim melhor representando a distribuição normal da população nestes critérios. É notória, nestes dois estudos, a tentativa de aleatorizar a amostra e torná-la representativa da população alvo. Ainda assim, será evidente o erro de amostragem referente à selecção de uma amostra geograficamente limitada, que obrigará a cuidados na generalização dos resultados obtidos.

No caso do **Estudo Três - Promoção do Desempenho Social na Adolescência**, conforme é procedimento habitual em trabalhos de natureza experimental, foi seleccionado um grupo e não uma amostra, diferenciado por ter menor número de casos e um processo de amostragem normalmente intencional. Foi o caso neste trabalho, uma vez que foi realizada uma avaliação e selecção prévia dos sujeitos, em função de determinados critérios que os definiam como particularmente representativos do fenómeno em estudo (L. Almeida & Freire, 2007). Os sujeitos em intervenção foram seleccionados com base nos níveis de ansiedade social e défice assertivo manifesto, que os tornavam especialmente importantes para reconhecer a utilidade e eficácia da intervenção em análise.

#### **4.4 Instrumentos de Avaliação e Intervenção**

A aplicação de instrumentos de avaliação permite a recolha quantitativa de informação sobre o sujeito, que se traduz numa determinada interpretação qualitativa do seu funcionamento, competências, dificuldades, etc. O constructo associado a um instrumento representa, portanto, a interpretação qualitativa que poderá ser feita acerca do sujeito com base nos resultados quantitativos que ele apresenta (A.P.A., 1999).

Para garantir a confiança e credibilidade das interpretações ou conclusões retiradas acerca do sujeito com base nos resultados obtidos em determinado instrumento de avaliação, é necessário garantir que esse instrumento possui determinadas características psicométricas, nomeadamente ao nível da sensibilidade, fidelidade e validade (A.P.A., 1999; L. Almeida & Freire, 2007). A sensibilidade define a capacidade do instrumento de discriminar sujeitos com diferentes níveis de realização no constructo avaliado, manifesta na variabilidade de resultados obtidos por diferentes sujeitos. A fidelidade refere-se à garantia de que os resultados avaliam

um mesmo constructo homogéneo ou estável no tempo. A validade refere-se à garantia de que o instrumento avalia o que se propôs medir, em função do quadro conceptual e teórico de definição do constructo - validade de conteúdo, em função da predição que os resultados do teste permitem ter sobre critérios externos supostamente associados ou dependentes do constructo - validade por referência a critério, ou em função da associação verificada dos resultados com variáveis directa ou inversamente relacionadas ao constructo de acordo com a formulação teórica - validade de constructo (L. Almeida & Freire, 2007).

Estas características psicométricas referem-se não ao instrumento em si, mas aos resultados com ele obtidos, sendo a base da credibilidade da interpretação que possamos fazer acerca do sujeito a partir desses mesmos resultados (A.P.A., 1999). Devem ser consideradas para instrumentos construídos, mas também para instrumentos adaptados de grupos culturais, etários ou clínicos distintos daqueles em que se pretende que o instrumento seja aplicado (L. Almeida & Freire, 2007). Assim, foi necessário proceder à análise psicométrica de todos os instrumentos de medida considerados no presente trabalho.

No caso da *Scale for Interpersonal Behaviour* (Arrindell, et al., 2001; Arrindell, et al., 1984) e da *Social Thoughts and Beliefs Scale* (Turner, et al., 2003), foi necessário proceder à sua tradução e adaptação, de acordo com as indicações e exigências necessárias (Hambleton, Merenda, & Spielberger, 2005; Sireci, Yang, Harter, & Ehrlich, 2006). Apenas após ter sido garantida a equivalência entre as versões inglesas e portuguesas destes instrumentos, foi possível proceder aos trabalhos preliminares que garantiram a qualidade psicométrica dos seus resultados, e, consequentemente, das interpretações associadas. No caso da *Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes* (Cunha, Gouveia, et al., 2008), apenas foi necessário proceder à análise das qualidades psicométricas deste instrumento num grupo etário significativamente mais velho do que aquele a que havia sido previamente aplicado. No caso do questionário construído como parte deste trabalho para avaliar a dimensão cognitiva de assertividade, foi necessário proceder à construção dos itens, em função de um enquadramento conceptual claro do constructo em análise e definir a escala de resposta adequada ao constructo em análise (P. Kline, 2000; T. Kline, 2005). Apenas após estar garantida a qualidade deste processo foi possível proceder ao trabalho preliminar de análise psicométrica dos resultados do instrumento.

Todos os trabalhos enumerados acima estão descritos pormenorizadamente na primeira parte do **Estudo Um - Trabalhos Preliminares**.

Para a implementação da intervenção, que fazia também parte dos objectivos deste trabalho, foi necessário construir um manual do programa a aplicar, de forma a operacionalizar a variável independente na avaliação da eficácia da intervenção (Kendall & Flannery-Schroeder, 1998; Wilson, 1996). A existência de manuais de base à aplicação de uma intervenção permite

que a intervenção seja mais facilmente replicada, estruturada e dirigida a objectivos, e disseminada e comparada com outros trabalhos. Igualmente, permite avaliar, por observação rigorosa, se a intervenção foi implementada de forma consistente com as especificações do protocolo (Wilson, 1996), indicando o nível de integridade na implementação do protocolo. A implementação de intervenções baseadas em manuais provavelmente constitui o cerne de tratamentos empiricamente validados e efectivos, com efeitos mais consistentes e positivos (Leff, Hoffman, & Gullan, 2009; Wilson, 1996). O processo de construção e a constituição deste manual de aplicação do programa em análise são descritos pormenorizadamente na segunda parte do **Estudo Um - Trabalhos Preliminares**.

#### **4.5 Métodos Quantitativos de Análise de Dados**

O objectivo da análise de dados quantitativa estatística em ciências sociais e psicologia é construir representações de fenómenos reais. Os fenómenos reais estudados pelas ciências sociais e psicologia não são directamente observáveis, pelo que é necessário recolher dados disponíveis que representem estes fenómenos e permitam inferir sobre eles. A análise estatística permite concluir acerca da qualidade ou ajustamento entre a representação e o fenómeno real. Desta qualidade dependem as conclusões e predições futuras que possam ser feitas acerca do fenómeno real, com base nesse modelo de medição (Field, 2001). A análise estatística permite-nos, portanto, testar hipóteses derivadas da teoria, após a operacionalização dos conceitos teóricos, transformando-os em variáveis de medida (Poeschl, 2006).

A análise estatística de dados cumpre duas grandes necessidades, desde que fundamentada numa recolha de dados no contexto apropriado aos objectivos de estudo ou investigação. Por um lado, permite caracterizar esses dados em função do contexto em que foram recolhidos, e por outro permite a elaboração de conclusões e teorias sobre esses dados, fundamentadas para o contexto onde os dados foram obtidos. No primeiro caso trata-se de estatística descritiva, no segundo caso de inferência estatística (Maroco & Bispo, 2003). É, portanto necessário escolher a estatística que melhor permita responder aos nossos objectivos e hipóteses de investigação (Poeschl, 2006).

Com a associação da estatística e da informática, temos actualmente ao nosso dispor *softwares* de análise de dados (Poeschl, 2006), que facilitam a qualquer investigador, neste caso da área da psicologia, aceder e proceder à análise estatística dos seus dados. Dois desses softwares são o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) e o LISREL (*Linear Structural Relationships*), que têm funcionalidades e aplicações variadas.

O SPSS é uma das ferramentas de análise estatística mais utilizadas em ciências sociais e humanas. As suas funcionalidades permitiram responder às necessidades inerentes aos objectivos

de investigação do **Estudo Um - Trabalhos Preliminares** e do **Estudo Dois - Compreensão do Desempenho Social na Adolescência**. No primeiro caso, foi realizada análise de medidas descritivas, de assimetria e curtose para averiguar da sensibilidade dos dados, análise da consistência interna por recurso ao *Alpha de Cronbach* para determinar a fidelidade dos dados, e análise factorial exploratória e análise correlacional para determinar a validade de conteúdo e de constructo, respectivamente. No segundo caso, foi realizada igual análise psicométrica para caracterizar o comportamento dos instrumentos na amostra em estudo, além de análise descritiva, de correlações, diferenças de média e regressões para analisar e caracterizar os níveis de ansiedade social e assertividade e as associações entre estas variáveis.

A análise de correlação pretendeu conhecer a associação entre ansiedade social e assertividade. Este tipo de análise foi também utilizado para avaliar a associação entre ansiedade social ou assertividade e idade ou número de reprovações dos sujeitos em análise. A análise de diferença de médias serviu para caracterizar os níveis de ansiedade social e assertividade em função de marcadores sócio-demográficos (sexo, nível socioeconómico, história de reprovações escolares) e para caracterizar o nível de competências assertivas em grupos com níveis diferentes de ansiedade social, e vice-versa. Na selecção dos testes de análise estatística a utilizar tivemos em consideração se os resultados em análise seguiam ou não a distribuição normal, conforme a análise de sensibilidade dos resultados dos instrumentos. As análises de regressões pretenderam testar o poder preditivo da componente cognitiva sobre as componentes emocional e comportamental, para ansiedade social e para assertividade, de acordo com os pressupostos da teoria cognitiva.

O LISREL é uma ferramenta de análise de dados, fundamentada na análise de modelação em equações estruturais, que permite a estimação simultânea de uma série de equações separadas mas interdependentes, incluindo variáveis latentes e manifestas, bem como associações directas, indirectas ou totais entre variáveis, que podem ser simultaneamente dependentes e independentes (Vieira, 2009). Assim, acresce às potencialidades do SPSS a possibilidade de testar modelos com variáveis intermédias ao mesmo tempo dependentes e independentes, e a possibilidade de conhecer o contributo individual de cada indicador manifesto de uma variável latente. Este tipo de análise pode ser utilizado para verificar a adequabilidade do modelo de medida de uma variável, bem como as associações esperadas entre as variáveis medidas dessa forma.

No presente trabalho, o LISREL foi utilizado para realizar análise factorial confirmatória (AFC), validando estatisticamente o modelo de medida, face a instrumentos cuja análise factorial exploratória não apresentava consistência teórica ou empírica. Foi o caso da *Scale for Interpersonal Behaviour*. Igualmente, foi realizado este tipo de análise para confirmar e validar o modelo de medida previamente estipulado pela análise factorial exploratória, nomeadamente no caso do questionário construído para avaliar a dimensão cognitiva da assertividade. O LISREL foi

igualmente utilizado para validar modelos estruturais, ou seja, modelos de associação direccionada entre variáveis latentes. As associações testadas pretendiam reflectir os pressupostos do modelo cognitivo, aplicado à ansiedade social, à assertividade, e à associação entre ambas as variáveis. Estas análises permitiram responder aos restantes objectivos do **Estudo Um - Trabalhos Preliminares** e do **Estudo Dois - Compreensão do Desempenho Social na Adolescência**.

No que concerne ao **Estudo Três - Promoção do Desempenho Social na Adolescência**, as análises pretendiam a avaliação da eficácia do programa junto a cada sujeito em intervenção, pelo que procurámos utilizar procedimentos estatísticos que permitissem avaliar adequadamente a mudança clínica intra-sujeitos. De acordo com a revisão de literatura efectuada, o índice que tem sido mais utilizado e com maior credibilidade, é o *Reliable Change Index* (Atkins, Bedics, McGlinchey, & Bauchaine, 2005; Ogles, Lunnen, & Bonesteel, 2001). Este índice pretende avaliar se a mudança individual do sujeito verificada em diferentes momentos de avaliação é estatisticamente significativa, por um lado, e se torna o sujeito suficientemente próximo da média esperada para a população normal, por outro. Além deste índice, e tendo em conta que “(...) nem tudo o que é estatisticamente significativo é humanamente interessante” (Poeschl, 2006, p. 19), procurámos avaliar a mudança no prejuízo funcional quotidiano do sujeito, enquanto notado pelo próprio e por terceiros. Para isso, recorremos a uma medida de validade social, que se refere à percepção de outros significativos (pais, professores, pares) acerca da mudança ocorrida no sujeito nos contextos sociais em que está quotidianamente inserido (Ogles, et al., 2001).

#### **4.6 Ética na Investigação e Intervenção em Psicologia**

Os princípios éticos devem nortear toda a investigação e intervenção psicológica. É necessário que o investigador assuma algumas responsabilidades sociais, não apenas na forma como conduz a investigação mas também na forma como analisa os resultados e retira conclusões. Alguns destes cuidados passam por: i) salvaguardar a integridade física, mental e moral dos participantes, evitando quaisquer procedimentos danosos; ii) informar o sujeito sobre as obrigações, direitos e responsabilidades mútuas de investigador e sujeito na investigação, de forma que o sujeito possa dar o seu consentimento informado ou, pelo contrário, recusar a sua participação na investigação; iii) assumir a confidencialidade pelos dados obtidos e a responsabilidade pelos métodos de avaliação e procedimentos integrados na avaliação; iv) garantir a competência e conhecimento acerca do que se está a fazer, sejam métodos de investigação ou de intervenção (L. Almeida & Freire, 2007; Jones, 2003).

O presente trabalho, como trabalho de investigação e intervenção em psicologia, não foi excepção à necessidade de cumprir estes princípios. Assim, todos os sujeitos que participaram neste trabalho foram informados dos objectivos específicos do estudo em que estavam a participar (um, dois ou três), a nível individual e colectivo, representado pela organização escola a nível microsistémico e pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular a nível macrosistémico. Em ambos os casos foi definido um contrato de consentimento informado e colaboração, em que o sujeito aceitava participar, podendo desistir a qualquer momento do processo. Caso o requeresse, ser-lhe-ia devolvida informação interpretativa acerca dos resultados obtidos, de forma individual para cada sujeito ou de forma colectiva para os concelhos executivos das escolas participantes. Cada aluno participante poderia escolher um código, pelo qual o seu questionário seria identificado se ele o solicitasse e providenciasse o seu código. Eram-lhe então entregues dados interpretativos acerca do seu nível de competência avaliado, de forma individual. No caso das escolas, quando solicitado, foi elaborado um relatório referente às competências de todos os alunos avaliados, comparando os alunos por género e ano de escolaridade, assim garantindo a confidencialidade de cada aluno, enquanto participante individual. No mesmo sentido, não foram pedidos dados individuais identificativos dos alunos.

Os procedimentos de recolha de dados e de intervenção foram fundamentados teoricamente, para garantir a sua adequabilidade e a ausência de dano causado aos sujeitos participantes. Igualmente, a investigadora principal e a co-dinamizadora dos grupos de intervenção tinham experiência no trabalho com adolescentes e na utilização de técnicas de intervenção cognitivo-comportamentais.

## Síntese de Capítulo

A investigação em psicologia deverá contribuir para uma melhor compreensão dos fenómenos e, em última análise, para uma intervenção teórica e empiricamente fundamentada. É neste sentido que o presente trabalho pretende construir um modelo compreensivo e de intervenção para a promoção do desempenho social do adolescente, conceptualizado como baixa ansiedade social e altos níveis de competência assertiva. Assim, este trabalho consistiu em três estudos interdependentes que permitiram responder a estes objectivos.

O primeiro estudo - **Estudo Um - Trabalhos Preliminares** - consistiu de trabalhos preliminares de preparação dos materiais necessários à recolha de dados e à implementação do programa de intervenção. Foram seleccionados quatro instrumentos de avaliação, que permitiam versar as três dimensões do funcionamento psicológico associadas quer à ansiedade social quer à assertividade. A qualidade psicométrica dos instrumentos foi considerada e avaliada segundo três parâmetros: sensibilidade, fidelidade e validade. De igual modo, foram seleccionados dois programas de intervenção internacionais para fundamentarem a construção do programa de intervenção em análise, por terem dados provas da sua eficácia terapêutica e serem fundamentados no modelo cognitivo. A construção do programa de intervenção em análise foi operacionalizada num manual detalhado e estruturado, que permitirá garantir a qualidade e adequabilidade da sua implementação futura.

O segundo estudo - **Estudo Dois - Compreensão do Desempenho Social na Adolescência** - consistiu na recolha de informação junto a uma amostra alargada de adolescentes tardios (16 a 18 anos). A informação recolhida foi analisada para responder às questões de investigação relacionadas com a associação entre ansiedade social e assertividade e a conceptualização desta associação segundo os princípios do modelo cognitivo. A análise de dados foi de natureza quantitativa, recorrendo a análises de correlação, diferenças de média, regressões e ajustamento de modelos de equações estruturais.

O terceiro estudo - **Estudo Três - Promoção do Desempenho Social na Adolescência** - consistiu na implementação e avaliação da eficácia do programa de intervenção construído. Esta implementação foi baseada no manual detalhado e estruturado construído *a priori*, que assim permitiu garantir a condição experimental deste trabalho de investigação, e analisar a sua influência no desempenho social do adolescente em intervenção. Para averiguar da eficácia terapêutica deste programa foram consideradas medidas de significância clínica intra-sujeitos.

A realização de todos estes trabalhos teve por base considerações éticas indispensáveis a qualquer investigação em psicológica, nomeadamente a salvaguarda da saúde e bem-estar dos participantes, da confidencialidade dos dados, voluntariedade e consentimento informado da participação, e da qualidade e fundamentação de todos os procedimentos implementados.

---

## **CAPÍTULO 5: ESTUDO UM - TRABALHOS PRELIMINARES**

---



## **Capítulo 5: Estudo Um - Trabalhos Preliminares**

Os trabalhos apresentados neste capítulo consistem na preparação dos instrumentos de medida e de intervenção, necessários à realização e cumprimento dos objectivos gerais desta investigação de doutoramento. Assim, este capítulo apresenta, primeiramente, a selecção, preparação e análise psicométrica dos instrumentos de medida a utilizar na recolha de dados. Em segundo lugar, é apresentada a fundamentação teórica e construção dos materiais necessários à implementação estruturada e planeada do programa de intervenção.

A avaliação da qualidade psicométrica dos instrumentos de medida teve por base as características psicométricas essenciais que deverão surgir associadas aos seus resultados: sensibilidade, fidelidade e validade (A.P.A., 1999; L. Almeida & Freire, 2007). Esperávamos obter resultados adequados, de forma a fundamentarem a credibilidade nos dados posteriormente recolhidos.

Com a construção fundamentada de um protocolo de intervenção estruturado pretendemos operacionalizar e garantir a qualidade e credibilidade da variável independente, a intervenção, cujo efeito sobre as variáveis dependentes referentes ao desempenho social do adolescente será avaliada posteriormente. A construção de manuais de intervenção que sejam seguidos ao longo da sua implementação é a forma de garantir a condição experimental e a confiança nos resultados obtidos (Kendall & Flannery-Schroeder, 1998; Wilson, 1996).

### **5.1 Preparação de Instrumentos de Medida**

Uma das primeiras fases da investigação passa pela definição de variáveis, nomeadamente especificar o que se quer medir e por recurso a que instrumentos de medida. Foram seleccionados instrumentos de avaliação quantitativos, que medem a intensidade ou grau da resposta, em escalas politómicas intervalares (L. Almeida & Freire, 2007). Em seguida são apresentados os estudos preliminares que permitiram garantir as características psicométricas que possibilitassem a confiança nos resultados obtidos ao longo deste trabalho.

#### **5.1.1 Escala de Comportamento Interpessoal (ECI).**

Trata-se de um instrumento de avaliação de assertividade multidimensional, desenvolvido por por Arrindell, Groot e Walburg (1984), que abarca as dimensões emocional e comportamental do constructo. Seleccionámos esta escala de avaliação da assertividade por três

motivos essenciais: i) este instrumento acompanha a evolução do conceito, definindo o constructo de assertividade como um conjunto de respostas adjacentes a situações sociais variadas; ii) este instrumento avalia duas dimensões do funcionamento psicológico associadas à assertividade, a afectiva/ emocional e a comportamental; iii) este instrumento tem sido trabalhado com sucesso em vários países, com diferentes tipos de populações e objectivos, provando a sua qualidade psicométrica. A sua tradução e adaptação para língua portuguesa partiram da sua versão americana (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990). Como parte integrante deste trabalho, foi possível previamente divulgar esta escala e resultados da sua avaliação psicométrica junto da comunidade científica (Vagos & Pereira, 2008d, 2010a).

A versão original deste instrumento é composta por 50 itens (SIB-C; Anexo I) em duas escalas de resposta, uma referente ao desconforto ou tensão sentido face ao ser assertivo (ECI/DT) e outra respeitante à frequência da prática de comportamento assertivo (ECI/FC). No primeiro caso, resultados mais elevados indicam maior desconforto em eventos sociais e, portanto, menor competência assertiva sendo que a escala de resposta varia em 5 pontos entre “nada” a “extremamente” desconfortável/ ansioso; no segundo caso, resultados mais elevados indicam maior prática de comportamento assertivo e, portanto, maior competência assertiva, sendo a escala de resposta gradativa em 5 pontos, desde “nunca” a “sempre” pratica comportamentos assertivos. Além do índice de escala completa, cada uma destas escalas se subdivide em quatro subescalas correspondentes:

- 1) Expressão de sentimentos negativos, que passa pela expressão de desacordo/ incomodo e defesa dos próprios direitos e interesses quando são postos em causa (por exemplo, “Pedir a uma pessoa que pare de fazer algo que te aborrece (por exemplo, num comboio, num restaurante ou no cinema)”);
- 2) Expressão e gestão de limitações pessoais, que se refere a admitir falhas pessoais e gerir críticas (por exemplo, “Pedir desculpa quando cometeste um erro”);
- 3) Assertividade de iniciativa, que respeita a iniciar conversas e tarefas e expressar as próprias opiniões, desejos, pensamentos (por exemplo, “Iniciar uma conversa com um estranho”);
- 4) Assertividade positiva, que é relativa à capacidade de expressar sentimentos positivos e dar ou receber elogios (por exemplo, “Dizer a alguém que o/a estimas”).

Por se tratar de um instrumento muito longo, o que limita a sua utilização em trabalhos que utilizem vários instrumentos para a recolha de dados, Arrindell, Sanavio e Sica (2002) pretenderam construir uma versão reduzida deste instrumento, e para isso seleccionaram 25 itens em função de capturarem todos os elementos contidos nas subescalas originais (ECI-R; Anexo II).

#### 5.1.1.1 Tradução e adaptação.

O processo de tradução foi realizado com autorização do autor principal do instrumento, Willem Arrindell (Anexo III), por um professor de português - inglês com 15 anos de experiência. Dois itens suscitaram alguma dificuldade (item 8 e 16), por incluírem expressões em língua inglesa que teriam traduções muito similares em língua portuguesa (“to like” e “to be fond of”). A análise desta tradução foi realizada segundo as indicações de Hambleton, Merenda e Spielberg (2005) e Sireci, Yang, Harter e Ehrlich (2006), considerando dois procedimentos: tradução e retroversão. Numa primeira fase, a versão traduzida para língua portuguesa foi avaliada segundo o método de reflexão falada (*think aloud*) por um grupo de 18 alunos do ensino secundário público de ambos os sexos. Este método consiste numa aplicação piloto do instrumento, em que se pede aos sujeitos que assinalem dificuldades no preenchimento do questionário e os investigadores podem pedir o seu apoio para melhorar a formatação e constituição do instrumento (L. Almeida & Freire, 2007). No caso da ECI, foram manifestas algumas dificuldades ao nível da compreensão das instruções, que levaram a sua simplificação e alteração da sua apresentação em relação ao seu formato original. Esta versão portuguesa do instrumento foi alvo de retroversão para língua inglesa por peritos de uma escola de línguas independente, tendo-se concluído pela equivalência destas duas versões.

A análise estatística da adequabilidade da tradução versou a análise da consistência interna, estrutura factorial e comportamento dos itens em relação à escala ou subescala a que pertencem, em grupos culturais e linguísticos distintos do original, de acordo com os padrões definidos pela A.P.A. (1999). Foi considerada uma amostra de 1125 sujeitos de ambos os sexos, do ensino secundário e superior. Inicialmente, foi realizada uma análise factorial exploratória (AFE), cujos resultados não foram satisfatórios porque: cerca de 5% dos itens não saturavam em qualquer factor; os factores obtidos não correspondiam aos factores originais do instrumento e não tinham significado teórico; os índices de fidelidade destes factores eram muito baixos, com valores de *Alpha de Cronbach* entre 0.61 e 0.74.

Por isso, seguimos o procedimento usualmente considerado nos trabalhos de adaptação deste instrumento (por exemplo, Arrindell, et al., 2001; Bouvard, et al., 1999) e procedemos a uma análise factorial confirmatória (AFC) dos resultados do instrumento, organizando a sua estrutura interna de acordo com o definido para a sua versão original. Este é um procedimento corrente e pertinente para esse tipo de objectivos, permitindo verificar a adequabilidade de uma estrutura pré-definida aos dados obtidos (Diamantopoulos & Siguaw, 2000) Esta adequabilidade foi medida tendo em conta os seguintes critérios, recomendados por Diamantopoulos e Siguaw (2000) e Vieira (2009):

- a. Ajustamento do modelo de medida de 2ª ordem, considerando uma abordagem de agregação parcial, em que foram incluídas 4 subescalas compósitas e uma medida

de escala completa. Foram tidos como pontos de referência os valores apontados por Vieira (2009), descritos no Anexo IV.

- b. Análise de fidelidade, considerando a medida de análise compósita, segundo o critério de Bagozzi e Yi (1988) de 0.60, e o índice de consistência interna *Alpha de Cronbach*, segundo o critério de Nunally (1978) de 0.70;
- c. Análise da validade convergente, considerando os índices de saturação de cada item na sua subescala ou compósito serem superiores a 0.40;
- d. Análise da validade divergente, considerando os índices de correlação entre os indicadores, segundo o critério de Ping (2004), que define como valor máximo de correlação entre subescalas divergentes 0.80, bem como o critério de Fornell e Larcker (1981) que defende a extracção mínima de 0.50 de variância por cada subescala.

#### **5.1.1.2 Análise da versão completa (ECI-C).**

A ÁFC realizada com os 50 itens da ECI-C sugere a adequabilidade do modelo de medida de acordo com os critérios de ajustamento incremental considerados (Tabela 1).

Tabela 1: AFC de Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Completa

	Desconforto				Frequência de Comportamento			
	1)	2)	3)	4)	1)	2)	3)	4)
# 2	.54				.51			
# 7	.63				.56			
# 9	.48				.33			
# 10	.63				.46			
# 15	.70				.66			
# 22	.60				.34			
# 25	.60				.55			
# 28	.67				.56			
# 31	.54				.36			
# 33	.68				.62			
# 34	.70				.58			
# 39	.64				.61			
# 41	.69				.61			
# 48	.63				.31			
# 50	.64				.47			
# 4		.58				.55		
# 11		.66				.59		
# 12		.61				.51		
# 13		.58				.49		
# 17		.57				.38		
# 18		.65				.59		
# 23		.69				.58		
#30		.65				.33		
# 36		.69				.63		
# 40		.70				.67		
# 42		.68				.28		
# 46		.66				.64		
# 47		.69				.57		
# 49		.70				.57		
# 1			.46				.40	
# 3			.53				.46	
# 5			.62				.52	
# 26			.65				.58	
# 27			.71				.60	
# 32			.73				.60	
# 38			.71				.67	
# 44			.67				.60	
# 45			.57				.52	
# 6				.62				.50
# 8				.53				.48
# 16				.66				.64
# 19				.68				.66
# 21				.62				.59
# 24				.69				.55

# 37					.74				.63
# 43					.71				.62
<hr/>									
Fidelidade									
compósita	.90	.91	.85	.86	.85	.85	.80		.81
α	.91	.91	.85	.86	.84	.81	.80		.81
<hr/>									
Medidas de	x2 = 4849.96 (p < 0.001); gl = 1171;				x2 = 4815.50 (p < 0.001); gl = 1171; (x2/gl) =				
Ajustamento	(x2/gl) = 4.14; RMSEA = .06; GFI =				4.11; RMSEA = .07; GFI = .82; AGFI = .81; NNFI				
	.83; AGFI = .81; NNFI = .98; CFI = .98				= .96; CFI = .96				
<hr/>									

Os valores dos índices RMSEA, NNFI e CFI são adequados de acordo com os critérios definidos por Diamantopoulos e Siguaw (2000), sugerindo que o modelo de medida estipulado para cada escala se ajusta de forma satisfatória à estrutura de co-variância dos dados originais. Estes índices de ajustamento incremental foram tidos como critério de avaliação do modelo de medida por serem menos dependentes do tamanho da amostra (Marsh & Balla, 1994; Marsh, Balla, & McDonald, 1988) do que, por exemplo, o índice do qui-quadrado (Diamantopoulos & Siguaw, 2000).

Conforme descrito na tabela 1, os valores de consistência interna e de fidelidade compósita obtidos para os resultados das subescalas foram adequados, de acordo com os critérios considerados. Os valores obtidos para os resultados das escalas completas cumpriram os mesmos critérios. Para a dimensão de desconforto foram de 0.97, quer para a fidelidade compósita quer para a consistência interna; para a dimensão frequência de comportamento foram de 0.96 e 0.95 para fidelidade compósita e consistência interna, respectivamente.

No que se refere aos índices de saturação, apenas 4% (n = 2) dos itens não cumpriram o critério definido no caso da dimensão de desconforto, face a 24% (n = 12) dos itens no caso da dimensão de frequência de comportamento. O primeiro critério para análise de validade divergente apenas não foi cumprido para a subescala 1, na dimensão de desconforto (Tabela 2). As restantes correlações entre subescalas foram inferiores a 0.80. O segundo critério não foi, no entanto, cumprido, uma vez que as subescalas apenas extraíram entre 0.39 (subescala 1) e 0.44 (subescala 4) da variância na dimensão desconforto e entre 0.27 (subescala 1) e 0.34 (subescala 4) na dimensão frequência de comportamento.

Tabela 2: Correlação entre subescalas e escalas completas de ECI-C

	Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3	Subescala 4	Escala Completa	RAS-S
Subescala 1	-	.67**	.71**	.62**	.89**	.31**
Subescala 2	.86**	-	.66**	.61**	.88**	.30**
Subescala 3	.83**	.81**	-	.62**	.84**	.30**
Subescala 4	.79**	.78**	.78**	-	.82**	.31**
Escala Completa	.95**	.94**	.91**	.89**	-	.33**
RAS-S	-.20*	-.15	-.24*	-.17	-.20*	-

*Nota:* Correlações para a dimensão de frequência de comportamento são apresentadas acima da diagonal, e as correlações para a dimensão desconforto são apresentadas abaixo da diagonal. ECI-C = Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Completa; RAS-S = Escala de Assertividade de Rathus - Versão Reduzida

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

A análise de resultados descritivos, de curtose e assimetria permite concluir que, à exceção da subescala expressão e gestão de limitações pessoais tanto na vertente desconforto como frequência de comportamento, as escalas e subescalas se aproximam da distribuição normal, com uma ligeira assimetria positiva (Tabela 3).

Tabela 3: Análise descritiva de Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Completa

	Desconforto					Frequência de Comportamento				
	1)	2)	3)	4)	Completa	1)	2)	3)	4)	Completa
Média	32.15	26.56	19.35	18.38	104.17	42.35	46.60	27.24	23.57	152.09
Mediana	31.00	25.00	19.00	18.00	99.00	42.00	47.00	27.00	23.00	151.00
Moda	31.00	14.00	19.00	16.00	86.00	42.00	49.00	26.00	20.00	159.00
Desvio padrão	10.98	9.76	6.48	6.44	33.84	9.21	9,74	5.27	5.72	29.11
Assimetria	0.615	0.950	0.624	0.537	0.687	0.301	0.153	-0.041	0.286	0.032
Curtose	0.030	0.566	0.068	-0.248	0.141	0.344	2.637	0.341	0.052	0.592
Mínimo	15.00	14.00	9.00	8.00	50.00	16.00	14.00	9.00	8.00	52.00
Máximo	72.00	65.00	43.00	39.00	235.00	75.00	113.00	42.00	40.00	249.00

Relativamente à validade evidenciada por relação com outras variáveis, foi utilizada a versão reduzida da Escala de Assertividade de Rathus (RAS-S; Vagos & Pereira, 2008c), que é uma medida comportamental de assertividade focada na defesa dos próprios direitos. Considerando os constructos que se esperam associados a cada instrumento, esperávamos encontrar correlações significativas negativas entre os resultados da RAS-S e os das subescalas e escala completa da dimensão desconforto, e positivas com os das subescalas e escala completa da dimensão frequência de comportamento.

Os resultados obtidos evidenciam validade adequada em relação a outras variáveis, embora as correlações encontradas sejam muito baixas, não atingindo o nível de significância estatística no caso das subescalas 2 e 4 da dimensão desconforto (Tabela 2).

### 5.1.1.3 Análise da versão reduzida (ECI-R).

A AFC realizada com os 25 itens da versão reduzida ECI sugere a adequabilidade do modelo de medida de acordo com os critérios de ajustamento incremental e de ajustamento absoluto considerados (Tabela 4).

Tabela 4: AFC de Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Reduzida

	Desconforto				Frequência de Comportamento			
	1)	2)	3)	4)	1)	2)	3)	4)
# 9	.48				.31			
# 15	.70				.66			
# 33	.68				.60			
# 39	.65				.61			
# 41	.70				.64			
# 48	.62				.31			
# 50	.65				.46			
# 4		.56				.52		
#18		.63				.57		
# 36		.70				.64		
# 42		.69				.28		
# 46		.67				.66		
# 49		.71				.57		
# 1			.46				.38	
# 3			.50				.43	
# 27			.69				.56	
# 32			.71				.59	
# 38			.72				.67	
# 45			.58				.52	
# 6				.53				.50
# 8				.54				.50
# 16				.65				.65
# 19				.68				.65
# 24				.71				.58
# 37				.86				.65
Fidelidade								
compósita	.83	.81	.78	.82	.72	.72	.70	.76
$\alpha$	.83	.82	.78	.82	.72	.63	.70	.77
Medidas de	$\chi^2 = 1339.01$ ( $p < 0.001$ ); $gl = 271$ ;				$\chi^2 = 1357.31$ ( $p < 0.001$ ); $gl = 271$ ;			
Ajustamento	$(\chi^2/gl) = 4.2$ ; RMSEA = .06; GFI = .91; AGFI = .90; NNFI = .98; CFI = .98				$(\chi^2/gl) = 5$ ; RMSEA = .06; GFI = .90; AGFI = .88; NNFI = .95; CFI = .96			

Os valores dos índices RMSEA, NNFI e CFI cumprem os critérios definidos por Diamantopoulou e Siguaw (2000), sugerindo o ajustamento satisfatório do modelo de medida



proposto à estrutura de co-variância dos dados originais. Estes índices de ajustamento incremental foram tidos como critério de avaliação do modelo de medida por serem menos dependentes do tamanho da amostra (Marsh & Balla, 1994; Marsh, et al., 1988) do que, por exemplo, o índice do qui-quadrado (Diamantopoulos & Siguaw, 2000).

Dos valores referidos na tabela 4 para a consistência interna e fidelidade compósita, podemos verificar terem sido cumpridos os critérios definidos para os resultados de todas as subescalas, com excepção da subescala 2 de frequência de comportamento. Os valores obtidos para as escalas completas cumpriram os mesmos critérios sendo de 0.95 e 0.94 para fidelidade compósita e consistência interna, respectivamente, na dimensão desconforto, e de 0.91 e 0.88 para fidelidade compósita e consistência interna, respectivamente, na dimensão de frequência de comportamento.

No que se refere aos índices de saturação, apenas 20% (n = 5) dos itens no caso da dimensão de frequência de comportamento não cumpriram o critério definido. O primeiro critério para análise de validade divergente foi cumprido para todas as subescalas (Tabela 5), uma vez que não se encontraram correlações superiores a 0.80. O segundo critério não foi, no entanto, cumprido, uma vez que as subescalas apenas extraíram entre 0.38 (subescala 4) e 0.44 (subescala 2) da variância na dimensão de desconforto e entre 0.28 (subescala 1) e 0.35 (subescala 4) na dimensão de frequência de comportamento.

Tabela 5: Correlação entre subescalas e escalas completas da ECI-R

	Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3	Subescala 4	Escala Completa	RAS-S
Subescala 1	-	.56**	.66**	.58**	.84**	.28**
Subescala 2	.77**	-	.60**	.53**	.82**	.22*
Subescala 3	.77**	.74**	-	.61**	.85**	.30**
Subescala 4	.71**	.70**	.72**	-	.82**	.33**
Escala Completa	.92**	.89**	.90**	.88**	-	.33**
RAS-S	-.21*	-.13	-.24*	-.12	-.19	-

*Nota:* Correlações para a dimensão de frequência de comportamento são apresentadas acima da diagonal, e as correlações para a dimensão desconforto são apresentadas abaixo da diagonal. ECI-R = Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Reduzida; RAS-S = Escala de Assertividade de Rathus - Versão Reduzida

\* p < 0.05; \*\* p < 0.01

A análise de resultados descritivos, de curtose e assimetria permite concluir que, à excepção da subescala expressão e gestão de limitações pessoais tanto na vertente desconforto como frequência de comportamento, as escalas e subescalas se aproximam da distribuição normal, com uma ligeira assimetria positiva (Tabela 6).

Tabela 6: Análise descritiva de Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Reduzida

	Desconforto					Frequência de Comportamento				
	1)	2)	3)	4)	Completa	1)	2)	3)	4)	Completa
Média	15.67	11.74	13.26	13.74	54.42	19.35	19.93	17.91	17.61	74.80
Mediana	15	11	13	13	52	19	20	18	17	74
Moda	11	6	10	12	47	18	17	17	18	77
Desvio padrão	5.67	4.56	4.4	5	17.61	4.88	4.94	3.89	4.5	15.07
Assimetria	0.61	0.87	0.53	0.53	0.59	0.31	2.26	0.18	0.23	0.17
Curtose	-0.01	0.31	-0.13	-0.33	-0.03	0.07	33.12	0.26	-0.16	0.71
Mínimo	7	6	6	6	25	7	6	6	6	27
Máximo	34	28	28	29	118	35	89	30	30	142

Relativamente à validade evidenciada por relação com outras variáveis, foi utilizada a versão reduzida da Escala de Assertividade de Rathus (RAS-A; Vagos & Pereira, 2008c), que é uma medida comportamental de assertividade focada na defesa dos próprios direitos. Considerando os constructos que se esperam associados a cada instrumento, esperávamos encontrar correlações significativas negativas entre os resultados da RAS-S e os das subescalas e escala completa da dimensão de desconforto, e positivas com os das subescalas e escala completa da de dimensão frequência de comportamento. Os resultados obtidos evidenciam validade adequada em relação a outras variáveis, embora as correlações encontradas sejam muito baixas, não atingindo o nível de significância estatística no caso das subescalas 2 e 4 e completa da dimensão desconforto (Tabela 5).

Considerando a análise psicométrica dos resultados nas duas versões dos instrumentos, podemos concluir que ambas cumprem os critérios de ajustamento do modelo de medida. Em comparação com a versão completa, os resultados da versão reduzida demonstram um nível de consistência interna não adequado na subescala 3 da dimensão de frequência de comportamento. Por outro lado, os resultados obtidos para análise dos critérios de validade convergente e divergente são ligeiramente mais satisfatórios. Assim, e tendo por base a necessidade de parcimónia na recolha de dados, a análise de dados referida nos estudos dois e três foi fundamentada na versão reduzida do instrumento.

### 5.1.2 Escala de Pensamentos e Crenças Sociais (EPCS)

Este instrumento foi construído para preencher a lacuna de instrumentos de avaliação da cognição na ansiedade social, acompanhando os modelos cognitivos recentes sobre esta temática (por exemplo, Clark, 2001; Rapee & Heimberg, 1997) que associam uma forte componente cognitiva ao desenvolvimento e manutenção desta perturbação interpessoal. Na altura em que

foram realizados os trabalhos de tradução, adaptação e análise psicométrica deste trabalho, este era o único instrumento de que tínhamos conhecimento a avaliar este constructo, com trabalhos publicados acerca da sua qualidade.

Trata-se de um instrumento constituído por 21 itens que pretende avaliar a presença de pensamentos sociais negativos típicos da ansiedade social (Turner, et al., 2003). Cada item é respondido numa escala gradativa em 5 pontos, desde “nada característico” até “sempre característico”, referindo-se ao quando determinado item é característico do pensamento do respondente ao antecipar ou participar em eventos sociais. Este instrumento foi avaliado junto a amostras adultas clínicas (Turner, et al., 2003) e não clínicas (Fergus, Valentiner, Kim, & Stephenson, 2009), bem como foi adaptado para a língua turca numa amostra universitária (Dogan, 2010). Os resultados obtidos nestes trabalhos apontam para a sua adequabilidade psicométrica, potencialidade de diferenciação de indivíduos com ansiedade social face a outras perturbações de ansiedade, e a sua constituição em dois factores: comparação social e inaptidão social.

#### ***5.1.2.1 Tradução e adaptação.***

Este instrumento foi traduzido e adaptado para língua portuguesa com a autorização da co-autora Deborah Beidel (Anexo V). A versão traduzida da prova foi avaliada por dois processos: tradução e retroversão (Hambleton, et al., 2005; Sireci, et al., 2006). O primeiro tradução do instrumento, que foi realizada pela autora principal deste trabalho, e sua avaliação da versão por um grupo de examinados com características demográficas próximas do grupo a que se destina o instrumento. Cinco alunos do ensino secundário público avaliaram a prova pelo método de reflexão falada e não foram verificadas dificuldades. O processo de retroversão refere-se à tradução da versão portuguesa para a língua original e resolução de possíveis discrepâncias. No presente trabalho, a tradução para língua inglesa foi feita por um perito na área da psicologia, com vasto conhecimento da língua inglesa, alheio ao presente trabalho. Quatro itens tiveram de ser revistos após a primeira retroversão por não ter sido considerado existir equivalência entre a retroversão e a versão original do instrumento (itens 5, 6, 14 e 19). Este processo está exemplificado com o item 19 na Tabela 7. Destes processos resultou a versão portuguesa do instrumento, denominada Escala de Crenças e Pensamentos Sociais (EPCS; Anexo VI), considerada equivalente ao instrumento original.

Tabela 7: Exemplo de revisão de item (19) da Escala de Crenças e Pensamentos Sociais

Etapa da tradução	Versão do item
Versão original em inglês	When other people laugh it feels as if they are laughing at me.
Primeira tradução para português	Quando outras pessoas se estão a rir, sinto que se estão a rir de mim
Primeira retroversão para inglês	When other people laugh, I feel that they are laughing about me.
Segunda tradução para português	Quando outras pessoas se estão a rir, parece que se estão a rir de mim
Segunda retroversão para inglês	When other people are laughing, it seems that they are laughing about me /at me.

A avaliação psicométrica deste instrumento decorreu junto a 937 estudantes do ensino secundário de ambos os sexos, no que se refere à sua estrutura factorial, consistência interna e validade suportada em evidência das relações com outras variáveis, de acordo com os princípios estipulados pela A.P.A. (1999). A pertinência de analisar o comportamento psicométrico deste instrumento junto a amostras adolescentes prende-se com a evidência de que o enviesamento cognitivo considerado pertinente para a compreensão e manutenção da ansiedade social parece estar presente desde a adolescência (Alfano, et al., 2006; Cunha, 1996; Rheingold, et al., 2003).

Como parte integrante deste trabalho, foi possível previamente divulgar esta escala e resultados da sua avaliação psicométrica junto da comunidade científica (Vagos, Pereira & Beidel, no prelo).

#### 5.1.2.2 *Análise psicométrica.*

Uma vez que além da provável diferença cultural, a amostra em estudo diferia a nível etário e psicopatológico das amostras anteriormente utilizadas para a análise deste instrumento (Dogan, 2010; Fergus, et al., 2009; Turner, et al., 2003), foi realizada uma análise factorial exploratória, pelo método de componentes principais e com rotação varimax. Foram retidos os factores com valores próprios superiores a 1 e que cumprissem o critério *screeplot* (Zwick & Velicer, 1986). Cada item foi alocado ao factor no qual tivesse um índice de saturação superior, sendo o valor mínimo de saturação considerado .40.

A solução obtida ( $KMO = .96$ ) é constituída por dois factores, que explicam 47.2% da variância de resultados. Considerando a análise de conteúdo dos itens que compõem cada factor, eles foram denominados de 1) desconforto na interacção social e 2) desconforto no desempenho público (Tabela 8).

Tabela 8: AFE de Escala de Pensamentos e Crenças Sociais

	1) Desconforto na interacção social	2) Desconforto no desempenho público
#1	.60	
# 2	.49	
# 4	.57	
# 5	.72	
# 6	.63	
# 8	.53	
# 9	.61	
# 10	.60	
# 12	.51	
# 13	.74	
# 14	.68	
# 16	.68	
# 18	.46	
# 3		.53
# 7		.61
# 11		.63
# 15		.43
# 17		.51
# 19		.49
# 20		.74
# 21		.61
Valor próprio	5.73	4.18
Variância explicada	27.3%	19.9%

O primeiro factor refere-se a pensamentos negativos relativos a eventos sociais onde o indivíduo está em contacto recíproco directo com outras pessoas (e.g. #13: “As outras pessoas estão aborrecidas quando estão comigo”). O segundo refere-se a pensamentos negativos referentes a eventos sociais em que o desempenho social está a ser observado, avaliado ou comparado com outros (e.g. #7: “Nunca seria capaz de fazer um discurso em público”).

Para análise da consistência interna dos resultados obtidos foi utilizado o *Alpha de Cronbach*, tendo como critério o valor de 0.70, de acordo com as indicações de Nunnally (1978). Os resultados obtidos foram de 0.93, 0.91 e 0.82 para a subescala de desconforto na interacção social, desconforto no desempenho público e escala completa, respectivamente. Estes valores são adequados de acordo com o critério considerado.

Todos os itens se correlacionaram com a escala completa ou subescala a que pertenciam, em valores superiores a 0.40, demonstrando associarem-se ao conteúdo abordado pela escala completa e especificamente pela subescala a que pertencem. Ao mesmo tempo, a sua exclusão não aumentava os índices de consistência interna obtidos. Tendo isto em consideração, nenhum item foi excluído da composição das escalas ou subescalas.

A análise de resultados descritivos, de curtose e assimetria permite concluir que tanto as subescalas como a escala completa se aproximam da distribuição normal, com um ligeira assimetria positiva (Tabela 9).

Tabela 9: Análise descritiva da Escala de Pensamentos e Crenças Sociais

	1) Desconforto na interacção social	2) Desconforto no desempenho público	Escala completa
Média	26.82	8.52	45.49
Mediana	25.00	18.00	44.00
Moda	25.00	16.00	40.00
Desvio padrão	8.65	5.61	13.35
Assimetria	0.641	0.513	0.582
Curtose	0.121	0.150	0.166
Mínimo	13.00	8.00	21.00
Máximo	58.00	38.00	94.00

Foram encontradas correlações positivas significativas a um nível de significância inferior a 0.001 entre a subescala 1 e 2 ( $r = 0.78$ ), entre a subescala 1 e a escala completa ( $r = 0.97$ ) e entre a subescala 2 e a escala completa ( $r = 0.92$ ). Estas correlações indicam a homogeneidade de conteúdos abordados pelas subescalas, bem como a sua incorporação numa medida de escala completa.

Para retirar evidência da validade dos resultados obtidos em relação a outras variáveis pertinentes, foi considerada a correlação das medidas da EPCS com as medidas completas de um instrumento de avaliação da ansiedade social, que avalia o nível de ansiedade e o nível de evitamento social (Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes - EAESSA; Cunha, Gouveia, et al., 2008; Cunha, Gouveia, Salvador, et al., 2004). Considerando os constructos versados pelos instrumentos, esperávamos encontrar correlações positivas significativas entre as várias medidas, indicando que quanto maior a ansiedade e evitamento social, maior o número de pensamentos sociais negativos endossados pelo adolescente. Os resultados apontam para a validade evidenciada na relação com outras variáveis, já que se encontraram correlações positivas e significativas, ainda que baixas (Tabela 10). Esta baixa magnitude nas correlações encontradas poderá ser justificada por estarem a ser avaliadas diferentes dimensões do mesmo fenómeno psicológico, a saber, níveis de ansiedade sentida, níveis de evitamento comportamental e níveis de pensamentos ou crenças cognitivas.

Tabela 10: Correlação entre EPCS e EAESSA

	Desconforto na interacção social	Desconforto no desempenho público	Escala completa
Ansiedade social	.56**	.43**	.61**
Evitamento social	.61**	.43**	.46**

*Nota:* EPCS = Escala de Crenças e Pensamentos Sociais; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes.

\*\* p < 0.001

Os resultados obtidos nos factores encontrados demonstraram um comportamento psicométrico adequado, bem como consistência a nível teórico, versando as principais categorias de eventos sociais associados à ansiedade social, que podem suscitar diferentes estilos cognitivos: desempenho e interacção social (Turner, et al., 1986). Posto isto, foram mantidos ao longo das análises de dados do presente trabalho, ainda que difiram dos encontrados nos trabalhos anteriores com o instrumento (Dogan, 2010; Fergus, et al., 2009; Turner, et al., 2003), tendo igualmente em consideração que o instrumento foi aplicado a uma amostra com diferenças culturais, etárias e psicopatológicas.

### 5.1.3 Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo (QEIA)

Este instrumento foi construído com o intuito de avaliar a cognição na assertividade, representada por um conjunto de crenças centrais interpessoais. Apesar de existirem alguns instrumentos veiculados à avaliação da cognição na assertividade, associam-se à área restrita da recusa de pedidos irrazoáveis (cf. Capítulo 2). Por isso sentimos necessidade de construir uma escala que correspondesse à versão actualizada do conceito de assertividade e representasse o conjunto de representações interpessoais que a literatura associa a este constructo.

O processo de desenvolvimento deste instrumento teve em consideração as directrizes de P. Kline (2000) e T. Kline (2005). Assim, numa primeira fase, foi definido conceptualmente o constructo a avaliar, tendo por base uma metodologia racional, que combina fundamentação teórica e empírica. Os itens foram, então, construídos em função de representarem um enquadramento conceptual específico baseado em trabalhos anteriores de revisão teórica acerca do conceito de assertividade e da sua dimensão cognitiva em particular (Vagos & Pereira, 2009b) e de análise empírica dos correlatos cognitivos da assertividade, que diferenciam sujeitos com diferentes níveis de assertividade (Vagos & Pereira, 2007a, 2007b). O constructo em estudo ficou assim caracterizado pela presença de crenças centrais relativas a si próprio, ao outro e à relação, que supõem a igualdade de direitos e deveres, o respeito mútuo e a concessão e busca de objectivos comuns. Vinte e cinco itens foram concebidos para representar este constructo e

associados a uma escala de resposta gradativa em 5 pontos, desde “totalmente falso para mim” até “totalmente verdadeiro para mim”, referindo-se ao quando o respondente se identifica com cada um dos itens.

As características psicométricas deste instrumento foram avaliadas numa amostra de 996 alunos de ambos os sexos do ensino secundário. Foi avaliada a sua constituição factorial, consistência interna, sensibilidade e validade evidenciada na relação com outras variáveis. Como parte integrante deste trabalho, foi possível previamente divulgar esta escala e resultados da sua avaliação psicométrica junto da comunidade científica (Vagos & Pereira, 2010c).

#### ***5.1.3.1 Análise psicométrica.***

Foi realizada uma análise factorial exploratória com o método de componentes principais e rotação oblíqua, considerando que teoricamente os factores deveriam estar relacionados, por respeitarem a um único constructo final.

A solução obtida ( $KMO = 0.92$ ) levou à extracção de 4 factores, de acordo com o *screeplot* (Zwick & Velicer, 1986), que explicam 53.03% da variância de resultados. Cada item foi incluído no factor em que tinha maior índice de saturação, com um mínimo aceitável de 0.40 (Tabela 11).



Tabela 11: AFE de Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo

	Apoio emocional externo	Aptidão pessoal funcional	Gestão interpessoal	Aptidão pessoal afectiva
# 2	.77			
# 7	.84			
# 8	.45			
# 17	.68			
# 22	.63			
# 4		.58		
# 14		.76		
# 19		.86		
# 24		.87		
# 5			.58	
# 9			.46	
# 10			.53	
# 15			.53	
# 16			.73	
# 20			.61	
# 23			.58	
# 25			.46	
# 3				.61
# 12				.52
# 13				.50
# 18				.69
Valor próprio	6.81	2.20	1.11	1.02
Variância explicada	32.42	10.47	5.26	4.86

Nota: QEIA = Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo.

A análise de conteúdo levou à seguinte definição de factores:

- 1) Apoio emocional externo: representação positiva dos outros como provedores de apoio, aceitação e afecto (por exemplo, #5: “Quando estou triste, zangado/a ou aborrecido/a, tenho quem me apoie e ajude a sentir melhor”);
- 2) Aptidão pessoal funcional: representação de si próprio como possuindo as competências necessárias à gestão da vida quotidiana (por exemplo, #3: “Sou capaz de realizar tarefas na escola / trabalho tão bem como a maioria das pessoas”);
- 3) Gestão interpessoal: representação da capacidade de gerir a frustração interpessoal, parte integrante da realidade social (por exemplo, #13: “Quando alguém de quem gosto se afasta de mim, tento perceber porquê e resolver a situação”);
- 4) Aptidão pessoal afectiva: representação de si próprio como digno de afecto, apoio emocional e vínculos com outros (por exemplo, #9: “Sinto que sou especial para algumas pessoas”).

Quatro itens não saturaram em qualquer factor. A análise do seu conteúdo levou a considerar que o seu sentido poderia ser dúbio (por exemplo, “Por vezes, preocupa-me que as pessoas a quem estou ligado me deixem ou abandonem, mas acho que conseguiria lidar com isso”). Considerando que apresentavam correlações baixas também com a escala completa, estes itens foram excluídos do instrumento, cuja versão final ficou constituída por 21 itens (Anexo VII).

Para a análise da consistência interna da prova recorreu-se ao *Alpha de Cronbach*, estabelecendo como critério o valor de 0.70 (Nunnally, 1978). Todas as subescalas e escala completa obtiveram valores adequados, a saber,  $\alpha = 0.81$  para a subescala 1,  $\alpha = 0.82$  para a subescala 2,  $\alpha = 0.76$  para a subescala 3,  $\alpha = 0.74$  para a subescala 4 e  $\alpha = 0.89$  para a escala completa.

Os resultados descritivos, de assimetria e de curtose indicam que nenhuma das subescalas ou a escala completa seguem a distribuição normal (Tabela 12).

Tabela 12: Análise descritiva do Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo

	Apoio emocional externo	Aptidão pessoal funcional	Gestão interpessoal	Aptidão pessoal afectiva	Escala Completa
Média	21.27	15.84	31.66	17.15	85.92
Mediana	22.00	16.00	32.00	18.00	88.00
Moda	25.00	20.00	32.00	20.00	94.00
Desvio padrão	3.71	3.16	4.75	2.93	11.61
Assimetria	-1.26	-0.53	-0.74	-1.21	-0.92
Curtose	1.52	-0.24	1.02	1.28	0.94
Mínimo	5	5	10	4	38
Máximo	25	20	40	20	105

Verificámos existirem correlações significativas positivas entre todas as subescalas e entre estas e a escala completa (Tabela 13).

Tabela 13: Correlação entre medidas do QEIA e medidas completas da ECI-R

	1)	2)	3)	4)	QEIA
1. Apoio emocional externo	-				
2. Aptidão pessoal funcional	.29**	-			
3. Gestão interpessoal	.55**	.51**	-		
4. Aptidão pessoal afectiva	.54**	.41**	.54**	-	
Escala Completa	.74**	.69**	.87**	.76**	-
ECI-R desconforto	-.20**	-.23**	-.34**	-.17**	-.20**
ECI-R frequência de comportamento	.26**	.23**	.34**	.28**	.33**

Nota: QEIA = Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo; ECI-R = Escala de Comportamento

Interpessoal - Versão Reduzida

\*\*p<0.001

Para avaliar a validade de constructo foi utilizada uma medida multidimensional de assertividade (ECI-R), composta por duas escalas de resposta, uma referente ao desconforto sentido ao ser assertivo e outra respeitante à frequência de comportamento assertivo. Tendo em conta os constructos avaliados por cada instrumento, esperávamos encontrar correlações significativas negativas entre as medidas do QEIA e a dimensão de desconforto e positivas entre as medidas do QEIA e a dimensão de frequência de comportamento. Os resultados obtidos confirmam estes pressupostos, sugerindo evidência para a validade de constructo do QEIA. As correlações encontradas, ainda que significativas, são muito baixas (Tabela 13), o que poderá estar associado a estarem a ser medidas diferentes dimensões do funcionamento psicológico, a saber, níveis de desconforto sentidos, níveis de frequência de comportamento e nível de crenças interpessoais.

#### 5.1.4 Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA)

Seleccionámos esta escala para avaliação da ansiedade social por dois motivos essenciais: i) ter sido construído especificamente para a população adolescente portuguesa, considerando situações interpessoais pertinentes no contexto nacional; ii) o instrumento ter dados provas psicométricas adequadas.

Trata-se de um instrumento de medida de ansiedade social construído para a população portuguesa e tendo em consideração as vivências sociais que caracterizam a adolescência (12 a 18 anos). É constituído por 34 itens, avaliados em duas escalas de resposta, uma relativa à ansiedade suscitada em situações sociais (EAESSA/AS), outra respeitante ao evitamento comportamental em cada uma dessas mesmas situações (EAESSA/EV). É possível obter uma

medida de escala completa, pelo somatório dos resultados obtidos em ambas as escalas (EAESSA/T). A aplicação deste questionário foi autorizada pela sua autora principal (Anexo VIII).

Na sua versão original, cada uma das escalas é constituída por seis subescalas não coincidentes (Cunha, 2005; Cunha, Gouveia, et al., 2008; Cunha, Gouveia, Salvador, et al., 2004):

- 1) Interacção com o sexo oposto: situações específicas de relacionamento com o sexo oposto (por exemplo, #21: “Conversar com colegas do sexo oposto”);
- 2) Interacção assertiva: situações que impliquem competências assertivas e auto-afirmativas (por exemplo, #16: “Dizer ‘não’ a um colega que te pede para fazer algo que não queres”);
- 3) Observação por outros: situações de desempenho público, quando se é ou pode ser observado por outros (por exemplo, #24: “Fazer exercícios na aula de ginástica”);
- 4) Interacção em situações sociais novas: situações que implicam envolvimento com pessoas ou tarefas pouco conhecidas ou realizadas pela primeira vez (por exemplo, #7: “ Falar com alguém que não conheces muito bem”);
- 5) Desempenho em situações sociais formais: desempenho individual em situações de contexto escolar (por exemplo, #26: “ Fazer uma prova oral”);
- 6) Comer e beber em público (por exemplo, #2: “ Beber à frente das outras pessoas”).

A amostra da qual foram retirados estes factores é significativamente mais nova do que a que se pretende ser alvo do presente trabalho ( $M = 14.84$ ,  $DP = 1.89$ ;  $t = 45.01$ ,  $p < 0.001$ ), e por isso foi necessário estudar o comportamento psicométrico deste instrumento, recorrendo a uma amostra de 797 adolescentes de ambos os sexos com uma média de idades de 16.71 ( $DP = 1.17$ ).

#### **5.1.4.1 *Análise psicométrica.***

A análise factorial exploratória, pelo método de componentes principais com rotação varimax levou à extracção de 6 factores, quer para a dimensão de ansiedade ( $KMO = 0.95$ ) quer para a dimensão de evitamento ( $KMO = 0.93$ ). No primeiro caso, os 6 factores explicam 52.27% da variância de resultados, enquanto no segundo explicam 50.75%. A análise dos itens que saturaram em cada factor, com um mínimo aceitável de 0.40, permitiu verificar que no caso da dimensão ansiedade, os factores tiveram exactamente a mesma constituição (Tabela 14) encontrada em trabalhos anteriores (Cunha, 2005; Cunha, Gouveia, et al., 2008; Cunha, Gouveia, Salvador, et al., 2004).

Tabela 14: AFE de Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes - Dimensão de Ansiedade

	Interacção com sexo oposto	Interacção assertiva	Observação por outros	Interacção em situações sociais novas	Desempenho em situações sociais formais	Comer e beber em público
# 14	.68					
# 17	.71					
# 20	.67					
#21	.82					
#22	.63					
# 9		.32				
# 11		.51				
# 15		.47				
# 16		.74				
# 18		.55				
# 23		.62				
# 27		.48				
# 30		.46				
# 34		.39				
# 3			.42			
# 24			.75			
# 25			.61			
# 31			.70			
# 32			.50			
# 33			.51			
# 6				.59		
# 7				.76		
# 8				.72		
# 12				.46		
# 13				.51		
# 19				.44		
# 4					.75	
# 5					.34	
# 26					.64	
# 28					.67	
# 29					.61	
#1						.72
# 2						.76
# 10						.34
Valor próprio	11.52	1.73	1.56	1.31	1.19	1.14
Variância explicada	33.89	5.09	4.57	3.84	5.53	3.34
$\alpha$	.84	.82	.80	.80	.76	.75

Verificámos que para a dimensão evitamento, a constituição dos factores foi ligeiramente diferente, sem que o seu significado fosse alterado (Tabela 15). Os itens 30 e 9 obtiveram índices de saturação inferiores a 0.40. A sua exclusão não afectava o índice de consistência interna obtido, pelo que foram excluídos da escala. O item 11 não saturou em qualquer factor, além de que a sua exclusão não afectava o índice de consistência interna da escala completa, pelo que também foi excluído. Esta escala completa ficou assim constituída por 31 itens.

Tabela 15: AFE de Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes - Dimensão de Evitamento

	Interacção com sexo oposto	Interacção assertiva	Observação por outros	Interacção em situações sociais novas	Desempenho em situações sociais formais	Comer e beber em público
# 14	.64					
# 17	.64					
# 20	.65					
# 21	.74					
# 22	.66					
# 13		.49				
# 16		.61				
# 18		.39				
# 19		.60				
# 23		.49				
# 27		.55				
# 34		.39				
# 24			.63			
# 25			.43			
# 31			.74			
# 32			.52			
# 33			.45			
# 6				.67		
# 7				.72		
# 8				.64		
# 12				.40		
# 4					.78	
# 5					.47	
# 15					.39	
# 26					.74	
# 28					.66	
# 29					.63	
# 1						.78
# 2						.76
# 3						.56
# 10						.54

Valor próprio	9.71	2.12	1.67	1.39	1.29	1.07
Variância explicada	28.57	6.22	4.92	4.09	3.79	3.15
$\alpha$	.85	.71	.74	.69	.79	.79

Para a análise da consistência interna dos resultados recorreu-se ao *Alpha de Cronbach*, estabelecendo como valor critério 0.70 (Nunnally, 1978). Todas as subescalas obtiveram valores adequados, quer na dimensão ansiedade (Tabela 14) quer na dimensão evitamento (Tabela 15). Os resultados obtidos pelas escalas completas cumpriram também este critério, sendo de  $\alpha = 0.94$  para a escala de ansiedade e de  $\alpha = 0.92$  para a escala de evitamento.

Os resultados descritivos, de assimetria e de curtose indicam que apenas a subescala desempenho em situações sociais formais na dimensão ansiedade e a subescala interacção assertiva na dimensão de evitamento comportamental se aproximam da distribuição normal. (Tabela 16).

Tabela 16: Análise descritiva de Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

	1)	2)	3)	4)	5)	6)	Escala Completa
Ansiedade							
Média	7.89	12.08	9.44	14.77	10.18	4.22	62.5
Mediana	7	14	8	14	10	4	59
Moda	5	12	6	13	7	3	49
Desvio padrão	3.42	5.31	3.89	4.71	3.96	1.75	18.7
Assimetria	1.75	0.96	1.69	0.42	0.78	2.07	1.07
Curtose	3.55	0.84	3.24	0.023	0.39	5.9	1.51
Mínimo	5	8	6	6	5	3	33
Máximo	24	38	29	30	25	15	155
Evitamento							
Média	7.95	15.02	8.37	8.81	12.05	6.31	61.33
Mediana	7	14	7	8	11	5	58
Moda	5	14	5	7	9	4	49
Desvio padrão	3.65	4.89	3.84	3.13	4.89	2.97	18.19
Assimetria	1.93	0.73	1.69	0.92	1.12	2.24	1.33
Curtose	4.14	0.4	3.09	0.78	1.01	5.79	2.72
Mínimo	5	7	5	4	6	4	32
Máximo	25	34	25	20	30	20	157

Verificámos existirem correlações significativas positivas entre todas as subescalas e entre estas e a escala completa (Tabela 17).

Tabela 17: Correlação entre subescalas e escalas completas de EAESSA

	1)	2)	3)	4)	5)	6)	Escala Completa
1) Interação com o sexo oposto	-	0.54**	0.47**	0.41**	0.41**	0.47**	0.68**
2) Interação assertiva	0.59**	-	0.52**	0.51**	0.49**	0.42**	0.80**
3) Observação por outros	0.56**	0.61**	-	0.36**	0.47**	0.45**	0.69**
4) Interação em situações sociais novas	0.58**	0.63**	0.56**	-	0.43**	0.41**	0.70**
5) Desempenho em situações sociais formais	0.50**	0.61**	0.56**	0.60**	-	0.40**	0.75**
6) Comer e beber em público	0.49**	0.55**	0.55**	0.49**	0.47**	-	0.62**
Escala Completa	0.73**	0.86**	0.78**	0.84**	0.79**	0.65**	-

*Nota:* Correlações para a dimensão de evitamento são apresentadas acima da diagonal, e as correlações para a dimensão ansiedade são apresentadas abaixo da diagonal. EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes.

\*\* p < 0.001

Considerando que 1) a diferente constituição do instrumento em relação à sua constituição original (Cunha, Gouveia, et al., 2008; Cunha, Gouveia, Salvador, et al., 2004) não questiona o significado atribuído a cada factor, 2) as diferenças etárias de amostras são significativas entre a presente amostra e a considerada nos trabalhos originais com este instrumento, e 3) existem evidências da literatura que apontam para diferentes formas de expressão de ansiedade social ao longo da adolescência (Levpuscek, 2004) foi definida a utilização da constituição deste instrumento tal como decorrente deste trabalho preliminar junto a adolescentes tardios, que constituem todas as amostras em estudo nesta obra.

## 5.2 Preparação do Programa de Intervenção

### 5.2.1 Fundamentação Teórica Específica.

A necessidade de intervir junto a adolescentes com inibição social, caracterizada por défice interpessoal associado a ansiedade social e desempenho social prejudicado, é clara face à escassez de programas de intervenção especificamente dirigidos a adolescentes com estas características. Tal intervenção, especialmente se de cariz preventivo, representa uma inovação necessária na investigação, que poderá diminuir a probabilidade de risco e psicopatologia a longo prazo (Greco & Morris, 2001). A intervenção em dificuldades sociais na adolescência sobrepõe-se à intervenção na ansiedade social, à qual tem sido dedicada muita atenção no âmbito dos défices de desempenho social. A ansiedade social correlaciona-se de forma negativa com aptidões sociais (Beidel, et al., 2007; Henderson & Zimbardo, 2001), pelo que a maioria dos programas de intervenção na ansiedade social incluem o treino de competências sociais,



especificamente assertivas. A aprendizagem de componentes verbais e não verbais de comportamentos sociais adequados parece contribuir para a eficácia de intervenções cognitivo-comportamentais na ansiedade social (Herbert et al., 2005; Rowa & Antony, 2005).

A revisão bibliográfica efectuada acerca de programas de intervenção na ansiedade social e/ou competências sociais levou à selecção de três programas que haviam sido sujeitos a processos de construção e avaliação detalhada, junto a adolescentes: o *Intervención en Adolescents con Fobia Social Generalizada*, o *Cognitive-Behavioral Therapy for Social Phobia in Adolescents* e o *Skills for Academic and Social Success* (Albano & DiBartolo, 2007a, 2007b; Albano, et al., 1995; Hayward, et al., 2000; Masia-Warner, et al., 2007; Masia-Warner, et al., 2005; Masia, et al., 1999; Masia, et al., 2001; Olivares, 2004; Rodriguez & Garcia-Lopez, 2001; Rodríguez & López, 2001; Tracey, et al., 1999). Todos incluem quatro componentes principais: i) educacional, ii) treino de competências sociais, com ênfase na assertividade, iii) reestruturação cognitiva e questionamento socrático de pensamentos automáticos irracionais, e iv) exposição comportamental. Estas parecem ser, de facto, as componentes essenciais de qualquer programa de intervenção cognitivo-comportamental na área em estudo (Friedberg & McClure, 2004; Heimberg & Becker, 2002; Overholser, 2002), sendo igualmente valorizadas relativamente à eficácia terapêutica (Gil, et al., 2001). Por fim, a prevenção da recaída, focada na consolidação e generalização de ganhos obtidos é também uma fase importante da intervenção cognitivo-comportamental (Velting & Albano, 2001), a qual tem provado ser relativamente isenta de custos e com efeitos positivos a curto e a longo prazo (Lincoln, 2003), junto a crianças e adolescentes (Sauter, Heyne, & Westenberg, 2009). Todas estas componentes devem ser enquadradas numa relação terapêutica baseada na parceria e confiança, permitindo ao sujeito explorar-se e questionar-se a partir desta base segura (Waddington, 2002).

Destes programas, apenas o *Skills for Academic and Social Success* (SASS; Masia, et al., 1999) foi conceptualizado para sessões de curta duração e contextualização no ambiente escola, o que o torna mais adequado para a intervenção junto a população não clínica, numa perspectiva preventiva e de promoção de competências sociais. O desenvolvimento de competências enquanto factores de protecção no desenvolvimento da psicopatologia é uma área recente da prática em saúde mental (Rishel, 2007), mas de suma importância, já que o desenvolvimento de competências pode prevenir o menor rendimento, abandono escolar ou consumo de álcool ou substâncias na adolescência (Rodríguez, et al., 2005), bem como o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas na idade adulta (Manfro, et al., 2003). No presente trabalho, adoptámos uma perspectiva preventiva indicativa (Rishel, 2007), que pretende realizar esforços preventivos junto a adolescentes que já demonstram sinais ou sintomas de ansiedade social e défice assertivo, mas ainda não procuraram ajuda ou cumprem os critérios de diagnóstico clínico (DSM-IV-R) para perturbação de ansiedade social. Por outro lado, o estabelecimento de sessões de curta duração poderá ser o ideal, considerando o tempo de atenção mantida relativamente reduzido na adolescência (Sauter, et al., 2009).

O *Skills for Academic and Social Success* (SASS; Masia, et al., 1999) é organizado em 11 semanas, nas quais decorrerem 12 sessões de grupo, 2 sessões individuais, 2 sessões com pais, 2 sessões com professores e 4 eventos sociais. As duas primeiras sessões de grupo decorrem na primeira semana de implementação do programa e versam a constituição do grupo e o racional cognitivo das perturbações de ansiedade. Em seguida, as sessões de grupo são alternadamente dirigidas ao treino de competências e à exposição face a situações sociais temidas. As sessões individuais pretendem discutir os obstáculos e progresso de cada participante. As sessões com pais pretendem ajudar a compreender a natureza da ansiedade social, como a reconhecer e como ajudar os seus filhos a geri-la, enquanto as sessões com professores versam a exploração das necessidades individuais dos alunos em apoio e procuram recolher informação junto aos professores acerca das dificuldades e progressos dos alunos participantes. Os eventos sociais pretendem a aplicação das competências treinadas nas sessões em contextos comunitários variados, com o apoio de alunos pares identificados por professores como tendo competências acima da média e por isso prestando apoio aos alunos alvo de intervenção. A existência de uma agenda estipulada para cada sessão, ainda que flexível, vem de encontro à necessidade desenvolvimental aparentemente contraditória da adolescência, de estrutura e ao mesmo tempo autonomia (Sauter, et al., 2009).

Este programa obteve bons resultados na sua avaliação (Masia-Warner, et al., 2007; Masia-Warner, et al., 2005; Masia, et al., 2001). O primeiro trabalho de avaliação da eficácia deste programa incidiu sobre a sua versão piloto, tendo sido depois realizadas algumas alterações, em função dos resultados verificados (por exemplo, 4 eventos sociais em vez de 2, componente de colaboração com os professores mais formal, inclusão de sessões para promover o apoio e participação dos pais). Este trabalho apontou já no sentido da pertinência e eficácia deste programa de intervenção, reflectido na remissão de sintomas, enquanto avaliados por entrevista clínica, e redução de taxas de evitamento e medo percebidas pelos próprios adolescentes (Masia, Klein, Storch & Corda, 2001).

Posteriormente, já com a versão final do programa, Masia-Warner e colaboradores (2005) concluíram pela sua eficácia, concretizada na melhoria de sintomas e funcionamento geral dos adolescentes, avaliado por avaliadores independentes, por instrumentos estandardizados de auto-relato, ou por informação parental, em comparação com um grupo de controlo em lista de espera. Esta eficácia foi verificada não só a nível dos instrumentos, mas teve também significância clínica, com a diminuição do número de perturbações co-mórbidas apresentadas pelos participantes e pela remissão de sintomas em 67% da amostra, contra apenas 6% do grupo de controlo. A melhoria verificada foi mantida num *follow-up* de 9 meses. Em 2007, Masia-Warner, Fisher, Shrout, Rathor e Klein avaliaram a eficácia deste protocolo de intervenção em comparação com um grupo de controlo sujeito a um programa de controlo da atenção, sendo os dois semelhantes em duração e contacto. Verificaram que, no pós-tratamento, os adolescentes sujeitos ao SASS apresentavam níveis significativamente mais baixos de sintomas e sua

severidade, e mais altos de funcionamento geral. Além disso, 58% dos participantes deixaram de preencher os critérios de diagnóstico, contra 0% do grupo de controlo, enquanto avaliado pelo clínico.

O SASS foi seleccionado para fundamentar a construção do programa de intervenção utilizado no presente trabalho, pelos resultados positivos descritos ao nível da eficácia terapêutica, e por ser realizado em contexto escolar. Este contexto de aplicação reveste-se de especial importância já que: i) a estreita relação de trabalho entre apoio psicológico e escola é vital ao sucesso da intervenção, sustentando o apoio mutuo e partilha de informação acerca da evolução do adolescente e contribuindo para eliminar obstáculos macro-sistémicos à intervenção (C. A. Kearney, 2005); ii) a maioria das situações fóbicas típicas da adolescência parecem dar-se em contexto escolar (Cunha, et al., 2007; Inderbitzen, et al., 1997), o que torna a exposição e gestão destas situações facilitada nas intervenções neste contexto; iii) a baixa taxa de procura de apoio pode tornar a escola num ambiente pertinente de maior alcance para a intervenção na ansiedade social na adolescência (Isolan, et al., 2007), também a preventiva (Rishel, 2007). Por outro lado, a inclusão de alunos pares pareceu-nos inovador e importante, já que: i) o apoio de pares permite a criação de fontes de referência para a prevenção e promoção da mudança e adopção de competências de *coping* saudáveis (Visser, 2004); e ii) a possibilidade de construir relações de proximidade e satisfação podem ser reparadoras e desacreditar pensamentos e crenças interpessoais negativas (Alden & Taylor, 2004).

Aos pressupostos do programa de base SASS foram adicionados alguns componentes e materiais considerados úteis para a população alvo e objectivos do trabalho, que foram fundamentados no programa *Cognitive-behavioral Group Therapy for Adolescents* (Albano & DiBartolo, 2007a, 2007b). Especificamente, foi desenvolvido um livro do aluno, como complemento às sessões de grupo e como utensílio para os participantes após o término do programa, constituindo-se num livro de “auto-ajuda” completado pelo próprio aluno.

“(...) a indicação de treino em habilidades social para a fobia social baseia-se na suposição de que esta pode ser consequência de deficits em habilidades sociais e/ou associada a confrontos interpessoais (...)” (Z. Del Prette & Del Prette, 1999, p. 160). Considerando que o estudo dois parece indicar a indissociação entre ansiedade social e competências assertivas no desempenho social dos adolescentes, o treino de competências sociais assertivas foi incluído neste programa de optimização do desempenho social de adolescentes tardios, à semelhança do que vinha sido feito nos programas de intervenção na área, mas desta feita de forma fundamentada em evidências da investigação prévia.

No que se refere à componente de treino de competências sociais, focámo-nos no treino de assertividade, que é considerada a alternativa comportamental preferível, conduzindo a um melhor desempenho social e particularmente útil face a perturbações sociais, de que é exemplo a ansiedade social (Duckworth & Mercer, 2006). Recentemente, esta competência social tem sido

conceptualizada também na adolescência como excedendo a defesa de direitos pessoais, para incluir também a expressão de sentimentos positivos, a expressão e gestão de limitações pessoais, a tomada de iniciativa e a resolução de problemas sociais (Arrindell, et al., 2001; Sarkova, et al., 2005). Todas estas dimensões foram consideradas no programa em estudo. Os métodos usados para a sua abordagem teórica e prática foram retirados da literatura sobre treino assertivo: exposição de conteúdos, modelagem, *role-play* com *feedback* em contexto de sessão e tarefas de casa para exposição comportamental e generalização de competências (Baldiviesco, 2006; Duckworth & Mercer, 2006; Romo, et al., 2004). O estabelecimento de tarefas de casa pelo terapeuta e o seu cumprimento pelo cliente têm sido associados a melhores resultados terapêuticos, principalmente no caso das terapias cognitivo-comportamentais (Kazantzis & Lampropoulos, 2002).

Da junção destes princípios de intervenção na ansiedade social e défice assertivo resultou o programa de intervenção que será implementado e avaliado no Estudo Três do presente trabalho, e que foi denominado “Aptidões para o Sucesso Académico e Social” (ASAS).

### **5.2.2 Aptidões para o Sucesso Académico e Social (ASAS)**

Este trabalho inclui a construção de dois instrumentos de intervenção: 1) manual de intervenção e adesão, que define que técnicas são utilizadas e de que forma são praticadas ao longo do processo de intervenção, nas rubricas componentes de intervenção e protocolo de intervenção, que serão descritas abaixo, e que inclui uma ultima parte para registo acerca da adesão ao manual de intervenção, preenchido pelos dinamizadores no final de cada sessão; e 2) livro do aluno, que é um livro de preenchimento fácil pelo próprio aluno, em que estão escritas todas as informações educacionais passadas no programa, onde há espaço para o aluno fazer anotações pessoais, e onde pode ir registando a realização de tarefas de casa. Passamos a descrever cada um destes instrumentos.

#### **5.2.2.1 Manual de aplicação e adesão.**

O manual de aplicação é uma parte integrante de uma intervenção preventiva que se pretende fundamentada em evidências (Rishel, 2007). O manual permite uma definição operacional da intervenção, que permite reconhecer claramente em que consistiu o tratamento e como foi aplicado (Kendall & Flannery-Schroeder, 1998; Wilson, 1996). A avaliação da integridade da intervenção permitirá, esclarecer em que medida os dinamizadores ou terapeutas seguiram os procedimentos pré-definidos, com qualidade e sem descurar a natureza interpessoal

das intervenções em psicologia (Kendall & Flannery-Schroeder, 1998), nem a flexibilidade necessária a que a intervenção seja adequada às características idiossincráticas de cada participante e das dificuldades que apresenta. Assim se garante saber o que se está a avaliar quando se avaliam os resultados obtidos com a situação experimental, consubstanciada na aplicação do manual de intervenção (Ollendick & King, 2004).

#### **5.2.2.1.1 Componentes de intervenção.**

Tendo por base os restantes trabalhos na área, o presente programa de intervenção inclui quatro componentes essenciais de intervenção: i) psicoeducacional, presente ao longo de todo o processo, nomeadamente, na explicitação do racional cognitivo de compreensão e promoção do desempenho social ou na instrução de competências sociais; ii) treino de competências assertivas, referentes a diferentes contextos sociais, iii) reestruturação cognitiva e questionamento socrático de pensamentos automáticos irracionais, e iv) exposição comportamental, dentro e fora das sessões, e com ou sem o apoio de pares.

Passaremos a explicitar as três últimas componentes de intervenção referidas. A primeira não será referida de forma individual por trespassar as restantes.

Todas as estratégias aplicadas decorreram integradas numa relação terapêutica baseada na confiança, segurança, empatia, à vontade e simpatia. Este tipo de relação equilibrada entre apoiante e directivo parece ser essencial não apenas à eficácia da intervenção, mas também à promoção da motivação para a intervenção na faixa etária em estudo. No caso de adolescentes ansiosos, a desejo desenvolvimental de querer ser autónomo e auto-suficiente colide com receber ajuda externa para solucionar os próprios problemas, o que pode aumentar a resistência à intervenção. Por isso, a promoção da motivação parece ser crucial, recorrendo a reforços positivos e incentivos ao longo das sessões, à construção de uma visão compreensiva idiossincrática acerca das próprias dificuldades individuais, à clarificação e personalização dos objectivos de intervenção, ou ao dar a liberdade a cada adolescente para determinar os detalhes das suas tarefas terapêuticas (e.g. Que forma de questionamento me faz mais sentido? Onde / Quando/ Com quem quero expor-me a esta situação?) (Sauter, et al., 2009).

#### **REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA**

Esta técnica de intervenção é utilizada para identificar, avaliar e modificar pensamentos automáticos negativos ou irracionais que ocorrem antes, durante e depois do confronto com o evento social considerado difícil ou temido (Beck, 1995). Para desafiar estes pensamentos

negativos ou irracionais podem ser usadas várias estratégias: considerar a evidência contra e/ou a favor do evento, reavaliar a probabilidade do evento temido ocorrer, ou reavaliar as competências pessoais. O objectivo último é a construção de formas mais realistas e adaptativas de interpretar e encarar estes eventos sociais, construindo pensamentos precisos e racionais como resposta aos pensamentos automáticos negativos ou irracionais (Heimberg & Becker, 2002). As dificuldades sociais associam-se a pensamentos sobre os outros, sobre os eventos sociais e sobre si próprio. Versar estes últimos em primeiro lugar parece ter um efeito positivo nos resultados da intervenção (Hope, et al., 2010).

A prática deste tipo de estratégias implica a aquisição de determinadas características de desenvolvimento, nomeadamente, meta cognição, tomada de perspectivas, reconhecimento e gestão emocional, entre outras. O desenvolvimento adolescente torna expectável que estas competências estejam adquiridas, e, portanto, haja maior receptividade a este tipo de intervenção (Sauter, et al., 2009).

No programa em estudo, as crenças ou esquemas centrais não foram versados directamente, a não ser que fosse notório que não haveria possibilidade de os problemas do adolescente serem compreendidos ou solucionados de outra forma. Seguimos, portanto, as recomendações de James e Barton (2004), que referem que a activação e modificação de crenças centrais serão apenas pertinentes face a perturbações crónicas e de severidade intensa. Trata-se de condições que não eram expectáveis na amostra em estudo, por se tratar de uma amostra não clínica e de uma intervenção de natureza preventiva. Ainda assim, sabendo que a idiossincrasia de cada sujeito em intervenção deve ser considerada ao longo da intervenção (Lincoln, 2003), as crenças centrais seriam trabalhadas em sessões individuais, quando tal se mostrasse essencial ao sucesso terapêutico do adolescente.

#### TREINO DE COMPETÊNCIAS ASSERTIVAS

Para o treino de competências assertivas foram implementadas essencialmente três tipos de estratégias: instrução ou exposição de conteúdos, modelagem e *role-play*.

Relativamente às instruções, foi versado o comportamento verbal e não verbal, nos contextos definidos por Arrindell e colaboradores (1990). Assim, foram trabalhadas quatro grandes áreas: dar e receber elogios, como parte da assertividade positiva; iniciar e manter conversas e fazer convites, como parte da assertividade de iniciativa; pedir desculpa e colocar questões na aula, como parte da expressão e gestão de limitações pessoais; e recusar pedidos e pedir mudanças de comportamento, como parte de assertividade negativa.

No que se refere a receber e fazer elogios, Z. Del Prette e Del Prette (1999) referem como relevante ouvir, reflectir e incorporar as críticas recebidas, pelo que foi trabalhado com os

alunos principalmente a representação de si mesmos como dignos de elogios, não os desacreditando ou minimizando. Igual linha orientadora foi seguida para dar elogios, trabalhando com os alunos o darem elogios merecidos e justificados a outras pessoas.

Respeitando à assertividade de iniciativa, foram seguidas directrizes do programa SASS (Masia, et al., 1999), que referem a importância de instruir acerca de: quando iniciar uma conversa (por exemplo, quando se é apresentado, quando se encontra alguém conhecido, quando se está próximo de alguém no espaço); como avaliar se o outro parece disponível para conversar (por exemplo, se está com auscultadores nos ouvidos); o que dizer ao iniciar uma conversa (por exemplo, comentar algo que estiveram a fazer ou algo que tenham em comum); como e quando mudar de assunto (por exemplo, quando há algum silêncio e para temas próximos).

Relativamente à expressão e gestão de limitações pessoais, foi abordado o pedir desculpas e o fazer perguntas ou pedir ajuda. No que se refere a pedir desculpa foram trabalhadas a necessidade de empatizar com o sentimento do outro a quem se magoou ou ofendeu, expressar reconhecimento do próprio erro e referir comportamentos alternativos para que a situação não se repita. No que concerne a fazer perguntas, Z. Del Prette e Del Prette (1999) referem a importância de as fazer de forma clara, explícita e adequada ao contexto, tema e interlocutor, de forma que foi indicado aos alunos que deveriam contextualizar a sua pergunta, serem específicos acerca do conteúdo que pretendiam ver esclarecido e agradecer pela resposta dada. Foi igualmente salientado que o pedido deveria ser colocado de forma a ser compreendida a sua importância, mas que não implicasse a obrigatoriedade de concordância, reconhecendo o direito do outro de recusar ou não o pedido realizado (Duckworth & Mercer, 2006).

Como parte de assertividade negativa, foram abordados a recusa de pedidos irrazoáveis e o pedido de mudança de comportamento. Para a recusa de pedidos, inicialmente foi clarificado ao sujeito a importância de avaliar os pedidos como razoáveis ou irrazoáveis, não apenas em função do que o pedido implica, mas também das próprias competências para lhe responder e, ainda, de quem faz o pedido (é diferente ser um professor ou um colega a fazer um pedido). Após ter avaliado o pedido e optado pela sua recusa, o sujeito era instruído a expressar claramente a sua recusa do pedido, e não da relação, focando o seu discurso no pedido feito e nos motivos individuais e contextuais para o recusar. Foi aconselhada firmeza na recusa e escalada desta firmeza, até ao limite da rigidez do outro (Castanyer, 2005), a partir do qual o sujeito era aconselhado a usar frases circulares/ técnica do disco partido (Martins, 2005; Nichols, et al., 2006), não contribuindo para a escalada do conflito. No caso de solicitar mudanças de comportamento, foram consideradas e operacionalizadas as sugestões de Z. Del Prette e Del Prette (1999), que refere ser importante explicar qual o comportamento a mudar, porque seria desejável a mudança e/ou porque é incomodativo o comportamento, e que comportamento alternativo responderia às necessidades de todos os intervenientes.

Comuns à instrução de todas estas dimensões assertivas foram as indicações relativamente ao comportamento não verbal (e.g. manter contacto ocular, sorrir, controlar e relaxar os movimentos e expressões faciais, manter uma postura corporal aberta, por exemplo não cruzando os braços, entre outros), e a ênfase na importância da auto-afirmação, sendo sugerido aos alunos que se referissem sempre aos seus próprios sentimentos, necessidades, opiniões (usar o pronome EU) e se inibissem de fazer suposições acerca dos motivos ou opiniões dos outros. Igualmente, foi focada o objectivo da promoção de competências assertivas ser atingir compromissos com outros. Assim, a representação positiva do outro, como alguém com iguais direitos e deveres deveria trespassar toda a comunicação assertiva, o que vem de encontro a uma forma responsável de assertividade que deve ser claramente explicitada e trabalhada como objectivo de intervenção. Tal vem de encontro às indicações de Z. Del Prette e Del Prette (1999), Duckworth e Mercer (2006), Thompson, Bundy e Broncheu (1995) e Thompson, Bundy e Wolfe (1996).

As componentes verbais e não verbais destas competências eram modeladas inicialmente pelos dois dinamizadores, ou, alternativamente, por um dinamizador e um participante com poucas dificuldades na área em trabalho, que se afirmava como um modelo mais próximo e de fácil identificação para os restantes participantes. Para a prática acompanhada destas competências, foi utilizada a técnica de *role-play* (treino de papéis). Trata-se de pedir ao sujeito que simule uma interacção com o terapeuta ou outro participante no grupo de intervenção, tentando pôr em prática as competências aprendidas. Esta prática de competências em eventos simulados, neutros ou temidos, é realizada sob a observação e supervisão do terapeuta, de acordo com as necessidades e progresso de cada indivíduo (Hope, Burns, Hayes, Herbert & Warmer, 2007). O *role-play* num vasto leque de eventos sociais, da forma mais aproximada possível à realidade é a melhor forma de preparar o indivíduo para desempenhar adequadamente em eventos sociais reais. É importante o treino e aprendizagem não apenas de como comportar-se socialmente mas também de como continuamente adaptar o comportamento às circunstâncias e exigências sociais, o que é uma característica distintiva de ser-se assertivo (Ruben & Ruben, 1989).

#### PRÁTICA COMPORTAMENTAL COM RELAXAMENTO

A prática comportamental das competências aprendidas pretende que o sujeito se confronte com as situações reais, após aprendizagem de informação simbólica acerca de como as gerir. Esta prática, acompanhada de reforço e *feedback* num variado leque de situações sociais será essencial para a generalização da prática comportamental (Thompson & Bundy, 1995) e para a quebra do ciclo de evitamento que caracteriza e mantém a ansiedade social (McManus, et al., 2008). Deve ocorrer primeiro num ambiente controlado e posteriormente na vida real (Hope,



Heimberg, Juster & Turk, 2000; Hope, Heimberg & Turk, 2006). Em qualquer contexto, a prática comportamental deve ser gradual, a partir de uma hierarquia subjectivamente definida, que se inicie em situações de fácil gestão / pouco evitamento, até situações de muito difícil gestão / muito evitamento. O adolescente deverá progredir para a situação seguinte quando tiver conseguido enfrentar com sucesso a situação anterior (Gonçalves, 1999).

Na prática em contexto de sessão, é importante o *feedback* correctivo e o reforço, para que as competências sejam condicionadas e a sua frequência seja provavelmente aumentada (Gonçalves, 1999). O auto-reforço deve ser incentivado também na prática em contexto real, que se consubstancia em tarefas de casa. A prática de competências na vida real é essencial ao reconhecimento das próprias competências e ao verificar e julgar as próprias percepções sobre a realidade social e sua influência nefasta na própria vida social, bem como comprovar as formas mais racionais, flexíveis e adaptativas de pensamento (Hope, et al., 2010; Kazantzis & Lampropoulos, 2002).

O contributo terapêutico destas tarefas de casa é associado a algumas directrizes, relativamente à sua definição, estabelecimento e revisão ao longo da intervenção. No que concerne à definição das tarefas de casa, devem ser definidas tarefas alcançáveis e progressivamente mais exigentes à medida que o cliente adquire competências, e deve ser-lhe explicado o racional que justifica a necessidade de prática continuada fora das sessões de intervenção propriamente dita (Kazantzis & Lampropoulos, 2002). Tendo isto em consideração, foi definida uma sessão em que se explorou a influência das dificuldades dos adolescentes na sua vida quotidiana e se trabalhou a importância de generalizar as aprendizagens das sessões à gestão destas dificuldades. Igualmente, cada tarefa de casa incluída no programa ASAS foi fundamentada nas competências aprendidas na própria sessão de intervenção.

No que se refere ao estabelecimento de tarefas de casa, cada tarefa deverá ser claramente explicada ao adolescente, garantindo que será algo que ele se sente capaz de realizar, compreende e encara como relevante para o seu processo de intervenção, aumentando a probabilidade de adesão à tarefa proposta (J. Beck, 1997). Para concretizar este aspecto, o final de cada sessão foi dirigido a definir claramente a tarefa com cada aluno, bem como explorar formas de a praticar e obstáculos esperados a esta prática. Apesar de referentes a competências comuns a todos os participantes no programa, cada um as deveria aplicar às situações interpessoais subjectivamente mais pertinentes, individualizando as tarefas em função das suas necessidades individuais. Tal cumpre a necessidade de idiosincrasia e investimento pessoal na definição de cada tarefa de casa sustentada por Kazantzis e Lampropoulos (2002). Os mesmos autores referem a importância de haver um registo escrito da tarefa de casa, ao que J. Beck (1997) acrescenta a necessidade de que o sujeito em intervenção seja lembrado das tarefas a realizar. Tendo isto em consideração, cada aluno participante no programa em estudo recebe

um Livro do Aluno, onde encontra materiais relevantes para casa sessão bem como folhas de registo onde pode ir tomando nota e seguindo a sua prática fora das sessões.

Respeitando à revisão da tarefa de casa, é importante que se verifique, compreenda e explore o cumprimento ou não da tarefa de casa pelo adolescente, o que foi sempre a primeira temática a tratar em cada sessão do ASAS. Esta dinâmica de definição, estabelecimento e revisão de tarefas de casa deve tornar-se rotina da intervenção, pela revisão das mesmas no início da sessão e estabelecimento no final, a partir de uma agenda pré-definida (Kazantzis & Lampropoulos, 2002), o que foi rigorosamente programado para a intervenção ASAS.

De forma a obter um desempenho provavelmente bem sucedido neste desempenho programado dentro e fora das sessões, o indivíduo deve aprender a controlar os efeitos fisiológicos e psicológicos da ansiedade, nomeadamente, respiração acelerada, tensão muscular, pensamentos negativos, tremores, corar, etc. Para o fazer, é importante que conheça e pratique com frequência técnicas de relaxamento (Kearney, 2005; Overholser, 2002). No programa em estudo, são versadas duas técnicas de relaxamento específicas: controlo da respiração, e relaxamento muscular para 4 grupos musculares, esta última adjudicada com imaginação de uma imagem de paz ou imaginação de uma imagem de sucesso (Gonçalves, 1999; Hope, Heimberg, Juster & Turk, 2000; Hope, Heimberg & Turk, 2006; Pereira et al., 2008).

#### ***5.2.2.1.2 Protocolo de intervenção.***

A aplicação do presente programa de intervenção foi fundamentada no protocolo construído para o efeito, onde são descritas todas as sessões constituintes do programa, e que são de cinco tipos: sessões de intervenção em grupo, sessões de intervenção individual, eventos sociais, sessões com pais e sessões com professores. Foi construído, igualmente, um instrumento de registo de cada sessão, no sentido de avaliar a fidelidade da aplicação do programa ASAS.

#### **SESSÕES DE INTERVENÇÃO EM GRUPO**

O programa ASAS pressupõe a realização de 12 sessões semanais de curta duração (45 minutos). A intervenção em grupo na ansiedade social e treino de competências sociais é altamente recomendada, já que o grupo representa uma forma de desmistificar as dificuldades individuais, de obter suporte por parte de pares, e de prática de situações interpessoais reais em contexto protegido (Albano, et al., 1995; Sauter, et al., 2009). É importante serem dois dinamizadores a gerir o grupo, para se complementar e atender a todos os participantes. O grupo deve ser constituído por entre 4 a 6 participantes, de forma a poder ser possível a participação

de todos em sessões de curta duração. Todas as sessões terminam com a descrição de uma tarefa de casa a realizar, inserida nos conteúdos abordados na sessão e que consiste na prática de competências e exposição comportamental na vida quotidiana de cada aluno alvo.

A primeira sessão é introdutória. Como tal, inclui a apresentação de dinamizadores e participantes e das regras de funcionamento do grupo, a saber: assiduidade, pontualidade, prática fora das sessões, participação e confidencialidade. Cada aluno é convidado a assinar um contrato de consentimento e confidencialidade, comprometendo-se a cumprir as regras do programa e manter privados os acontecimentos que nele decorrerem. Nesta sessão é ainda exposto o racional teórico e de intervenção subjacente ao programa, parte integrante no planeamento e pré-intervenção na ansiedade social (Kearney, 2005). Neste caso, é abordado o ciclo de dificuldades sociais, que pressupõe que as dificuldades sociais se iniciam em pensamentos distorcidos acerca da realidade social, que geram ansiedade ou desconforto e, finalmente, comportamentos desajustados. Consequentemente, as técnicas de intervenção utilizadas abarcam a identificação e modificação de pensamentos negativos, o controlo da ansiedade e a prática comportamental. A sessão termina com um tempo aberto a questões e comentários por parte dos alunos.

A segunda sessão foca-se nas distorções cognitivas e pensamentos negativos associados. É abordada a ligação entre pensamentos e sentimentos, são identificados e questionados erros de pensamentos, e são ensinadas estratégias para modificação de pensamentos automáticos negativos e construção de pensamentos realistas. Por fim, os alunos são convidados a praticar estas competências em relação a situações pessoais ansiógenas, que foram identificadas como tarefa de casa da sessão anterior. Para finalizar a sessão é descrita a tarefa de casa seguinte, que passa pela identificação, questionamento e modificação de pensamentos automáticos negativos que possam ocorrer quotidianamente.

As oito sessões seguintes são alternadamente dirigidas ao treino de competências assertivas e exposição comportamental com relaxamento. Todas se iniciam com a revisão da tarefa de casa anterior e terminam com a definição de uma tarefa de casa, que pressupõe a prática das competências abordadas na sessão, e seu registo.

Nas sessões de treino de competências assertivas, cada competência é teoricamente introduzida e modelada pelos dinamizadores. Os participantes são então chamados a treinar a competência pela técnica de *role-play*, recebendo *feedback* positivo e correctivo. As competências assertivas abordadas são: expressar sentimentos positivos, tomar a iniciativa, expressar e gerir limitações pessoais, e expressar sentimentos negativos. Nas sessões de exposição comportamental com relaxamento, os alunos são encorajados a treinar o seu desempenho social ao longo de uma hierarquia de 10 situações sociais temidas, idiossincraticamente identificadas. Para gerir melhor esta exposição comportamental, são abordadas diferentes técnicas de relaxamento, nomeadamente controlo da respiração,

relaxamento muscular progressivo, com imagem de paz e com imagem de sucesso. A décima primeira sessão conclui as sessões de exposição comportamental.

O programa termina com uma sessão dirigida à revisão de ganhos e prevenção da recaída, na qual todas as estratégias aprendidas são revistas e é feito um plano para enfrentar obstáculo e/ou problemas previstos. Acrescem duas sessões quinzenais opcionais para manutenção dos ganhos e prevenção da recaída, versando problemas e/ou obstáculos que entretanto possam ter surgido.

#### SESSÕES DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

Estão incluídas no programa duas sessões individuais com cada aluno alvo, com a duração de cerca de 30 minutos, que servem como espaço privilegiado para estabelecer e fortalecer a relação empática e encorajar e apoiar o aluno de forma individual. A primeira sessão individual pretende abordar com o aluno a possível discrepância entre as expectativas e os progressos de facto obtidos, procurando e trabalhando a sua origem, recorrendo a técnicas de questionamento socrático, seta descendente e reestruturação cognitiva. Pretende-se trabalhar crenças alicerçadas no desenvolvimento do aluno que possam dificultar a sua prática das competências abordadas no programa. A segunda sessão objectiva ajudar o aluno a reflectir e reconhecer os grupos de suporte social aos quais poderá recorrer após o término do programa, considerando a sua importância para a manutenção de ganhos e prevenção da recaída.

#### EVENTOS SOCIAIS

Estão conceptualizados no programa ASAS quatro eventos sociais, que consistem numa reunião entre alunos pares colaboradores da intervenção e alunos apoiantes, supervisionada pelos dinamizadores, com a duração de 90 minutos. O apoio de pares devidamente formados e preparados é considerado uma referência ou modelo para a promoção da mudança e adopção de estratégias de *coping* saudáveis, versando problemas comportamentais e emocionais antes que se tornem perturbações clínicas (Pereira et al., 2010; Visser, 2004). Ao mesmo tempo, os pares são fontes de suporte e *feedback* muitas vezes mais credíveis para o adolescente, que nesta fase de desenvolvimento valoriza particularmente as suas relações com pares (Sauter, et al., 2009). A inclusão de uma componente de apoio de pares na intervenção junto a crianças e adolescentes tímidos tem demonstrado contribuir para resultados positivos ao nível do desempenho social em contexto real (Greco & Morris, 2001).

Nestes encontros sociais, os alunos em intervenção são chamados a ter desempenhos sociais reais, com o apoio dos alunos colaboradores, em contextos controlados e positivos, de forma a tornar provável o sucesso e reforço da prática comportamental realizada. Apesar de planeados com antecedência, a improvisação e espontaneidade em cada encontro é também valorizada. Como sugestões, são conceptualizadas quatro actividades para estes encontros: 1) encontros rápidos, em que os alunos se juntam dois a dois e iniciam e mantêm uma conversa por cinco minutos, alternando até terem falado todos entre si; 2) pesquisa de opinião, em que os alunos em grupos de dois se dirigem a um local público e iniciam conversa com estranhos acerca de uma temática geral (aborto, reciclagem...); 3) *peddy paper* num centro comercial, onde é estabelecida uma lista de actividades a desempenhar que impliquem as competências alvo do programa; e 4) almoço num restaurante, que serve de conclusão do programa e onde podem ser realizadas actividades que impliquem as competências alvo do programa (e.g. pedir novos talheres). Usualmente, cada aluno alvo deverá ser agrupado a um aluno colaborador.

No final de cada encontro é deixado um espaço para comentar e referir dificuldades sentidas. No final do último encontro é importante rever os progressos realizados e planear estratégias para os manter.

#### ENCONTROS COM PAIS

O envolvimento de outros significativos como os pais é uma estratégia significativa ao intervir com adolescentes (Beidel, 1998; Stallard, 2002; 2005), transformando-os em “*treatment facilitators*” e em redes de suporte social para a manutenção dos ganhos, após a conclusão do programa (Greco & Morris, 2001). A intervenção com o apoio e participação familiar tem sido associado a melhores resultados no final da intervenção (Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000), também na adolescência (Kashdan & Herbert, 2001).

Tendo isto em consideração, o programa ASAS conceptualiza dois encontros com pais, com a duração de 20 minutos. O primeiro tem como objectivos essenciais estabelecer contacto e empatia com os pais, e expor o racional de compreensão e intervenção nas dificuldades sociais preconizado pelo programa. Assim, o encontro é constituído por três partes essenciais: i) apresentação por parte dos dinamizadores; ii) exploração das dificuldades sociais típicas da adolescência e de como se manifestam em cada aluno participante em particular; iii) explicação das estratégias de intervenção a aplicar e seus objectivos. Por fim, é deixado espaço a que os pais coloquem questões e façam comentários em relação aos conteúdos abordados. Neste caso, os pais são vistos como consultores acerca das dificuldades dos seus filhos (Sauter, et al., 2009), dando informação importante à adequação da intervenção junto aos mesmos.

O segundo encontro pretende expor aos pais várias formas de interacção que podem ser ou não adjuvantes ao desempenho social dos seus filhos, explicando sempre o racional que pode tornar determinada forma de intervenção facilitadora ou dificultadora. Como estratégias dificultadoras, são trabalhadas o apoio excessivo ao filho, a permissão ou encorajamento do evitamento comportamental e o ficar impaciente com o comportamento do filho. Como estratégias facilitadoras serão abordadas a recompensa de comportamentos de confronto com eventos sociais temidos; ignorar comportamentos de evitamento mas pelo contrário focar a gestão construtiva e proactiva de eventos sociais; prevenção do evitamento; e modelagem de comportamentos adequados de gestão de eventos sociais. Neste caso é atribuído aos pais o papel de facilitador ou colaborador e, ao mesmo tempo, de co-cliente. Por um lado, espera-se que adquiram conhecimentos e estratégias para que possam auxiliar ou facilitar a realização de tarefas e interacções dos seus filhos. Por outro lado, trabalha-se as suas crenças acerca do seu nível de envolvimento parental, para que vão de encontro às necessidades de apoio e autonomia dos seus filhos adolescentes (Greco & Morris, 2001; Sauter, et al., 2009).

Os pais receberão sempre material de apoio escrito acerca dos conteúdos abordados em casa sessão (Anexos IX e X).

#### ENCONTROS COM PROFESSORES

Estão agendados ao longo do programa ASAS dois encontros de curta duração (20 minutos) com pelo menos um professor de cada aluno alvo participante no programa, tendo-os como fonte importante de observação e informação acerca dos comportamentos preocupantes dos alunos em contexto académico, que devam ser alvo de atenção reforçada. É também importante colaborar com os professores para planear exposições comportamentais *in vivo* em função das necessidades dos alunos.

Especificamente, no primeiro encontro pretende-se versar o racional teórico subjacente à compreensão e intervenção nas dificuldades sociais na adolescência que fundamenta o programa ASAS, bem como solicitar a cada professor informação que permita uma caracterização individual das dificuldades de cada aluno alvo participante. No segundo encontro pretende-se obter *feedback* acerca dos progressos realizados ou não pelos alunos e das áreas que continuem ainda a ser problemáticas. O objectivo é compreender a evolução de cada aluno e áreas de maior dificuldade que devam ser versadas de forma sistemática e individual.

#### **5.2.2.2 Livro do aluno.**

Como já foi referido acima, o Livro do Aluno construído para este programa e entregue gratuitamente a cada aluno participante foi fundamentado no *Woorkbook* que serve de base ao CBGT-A (Albano & DiBartolo, 2007a, 2007b). O livro inicia-se com uma introdução que explica o que se entende por dificuldades sociais e como elas se manifestam na adolescência, servindo de modelo de identificação para cada aluno compreender como o programa pode aplicar-se a si próprio. A organização do restante livro é feita em 12 capítulos, correspondendo às 12 sessões de intervenção em grupo que constituem obrigatoriamente o programa; as sessões de revisão e manutenção dos ganhos facultativas não estão incluídas.

O livro do aluno permitiu também concretizar alguns conceitos abordados nas sessões, nomeadamente relativos à conceptualização cognitiva das dificuldades sociais alvos do programa e conceitos cognitivos como pensamentos automáticos negativos, por incluir desenhos ou exercícios esquemáticos acerca destes conteúdos, em linguagem apropriada e facilmente acessível ao adolescente. Tal vem de encontro às exigências desenvolvimentais desta faixa etária sobre a intervenção, ao tornar os conteúdos mais facilmente acessíveis a qualquer adolescente, independentemente do seu nível de maturidade cognitiva (Sauter, et al., 2009). Ainda, os manuais de auto-ajuda, neste caso completado pelo próprio sujeito, são uma mais-valia e complemento à intervenção, a que o sujeito pode recorrer antes, durante e depois da intervenção, bem como partilhar com outros significativos, para criar um clima social propício à mudança (Wilson, 1996).

## Síntese de Capítulo

Como forma de operacionalizar as variáveis em estudo, foi necessário realizar dois grandes trabalhos preliminares: preparação dos instrumentos de avaliação e preparação do manual de intervenção. A qualidade destes instrumentos permitirá credibilizar as análises e conclusões posteriormente realizadas nos estudos dois e três deste trabalho.

No que se refere aos instrumentos de medida, os trabalhos realizados tiveram como objectivo garantir a qualidade psicométrica dos seus resultados junto a adolescentes tardios. Todos estes instrumentos obtiveram níveis adequados de consistência interna e validade de constructo.

Para responder ao constructo de ansiedade social foram seleccionados dois instrumentos: a Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, para avaliar as dimensões emocional e comportamental, e a *Social Thoughts and Beliefs Scale*, para avaliar a dimensão cognitiva. No primeiro caso foi apenas necessário garantir a sua qualidade psicométrica junto a uma amostra adolescente mais velha do que aquela em que havia sido testada. Este instrumento ficou constituído por seis subescalas para cada dimensão: interacção com o sexo oposto, interacção assertiva, observação por outros, interacção em situações sociais novas, desempenho em situações sociais formais e comer e beber em público. No segundo caso, foi necessário proceder à tradução e adaptação do instrumento e seguidamente à sua aplicação piloto para verificar as qualidades psicométricas dos seus resultados. Este instrumento ficou constituído por duas subescalas: desconforto na interacção social e desconforto no desempenho público.

Para responder ao constructo de assertividade, foram seleccionados também dois instrumentos: a *Scale for Interpersonal Behaviour*, para avaliar as dimensões emocional e comportamental, e o Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo, para avaliar a dimensão cognitiva. No primeiro caso foi necessário proceder à tradução e adaptação do instrumento e seguidamente à sua aplicação piloto para verificar as qualidades psicométricas dos seus resultados. Esta escala ficou constituída por quatro subescalas para cada dimensão: expressão de sentimentos negativos, expressão e gestão de limitações pessoais, assertividade de iniciativa, e assertividade positiva. No segundo caso foi necessário construir o instrumento de raiz, garantindo o quadro conceptual do constructo que se propunha avaliar e realizando uma aplicação piloto para verificar as qualidades psicométricas dos seus resultados. Este instrumento ficou constituído por quatro subescalas: apoio emocional externo, aptidão pessoal funcional, gestão interpessoal e aptidão pessoal afectiva.

No que concerne ao programa de intervenção que pretendíamos construir, implementar e avaliar, este trabalho permitiu definir as suas principais componentes e estratégias de



intervenção, bem como a sua organização e cronograma, sempre dentro de um paradigma cognitivo. Este programa ficou constituído por doze sessões de intervenção em grupo, duas sessões de intervenção individuais, dois encontros com pais, dois encontros com professores e quatro eventos sociais com a participação e auxílio de alunos colaboradores da intervenção.

As sessões de intervenção em grupo têm como objectivo a promoção da gestão de ansiedade social e da prática de competências assertivas. Para isso, são utilizadas técnicas terapêuticas como psicoeducação, modelagem e treino de competências assertivas, reestruturação cognitiva de pensamentos automáticos, exposição comportamental na sessão com *feedback* correctivo, e exposição comportamental fora da sessão. As sessões individuais pretendem ser um apoio ao progresso de cada aluno individualmente, explorando as dificuldades encontradas, nomeadamente ao nível de crenças centrais. Os encontros com pais e professores são de natureza psicoeducacional e educativa, pretendendo formá-los como grupos de apoio e suporte social aos sujeitos em intervenção. Os eventos sociais pretendem a generalização de competências adquiridas nas sessões de intervenção, com o apoio, incentivo e modelagem de alunos par face à exposição comportamental em situações reais.

Estes trabalhos preliminares permitiram, assim, a construção dos instrumentos necessários à realização dos estudos dois e três.

---

## **CAPÍTULO 6: ESTUDO DOIS - COMPREENSÃO DO DESEMPENHO SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA**

---

## Capítulo 6: Estudo Dois - Compreensão do Desempenho Social na Adolescência

### 6.1 Enquadramento Conceptual e Metodológico

O presente trabalho tem como objectivo conhecer e compreender o desempenho social na adolescência tardia tendo por base o modelo cognitivo, a partir de duas problemáticas frequentes nesta faixa etária: a maior fragilidade a sentimentos de ansiedade social (Emeriaud, 2006; Kashdan & Herbert, 2001) e a maior exigência da prática de competências sociais adequadas, nomeadamente assertivas (Engels, et al., 2002; Erwin, 2002). Estas duas variáveis parecem ter uma associação recíproca, notória principalmente na adolescência (Levitan & Nardi, 2009). Por outro lado, a presença de uma estrutura e processamento cognitivo particular tem sido associada quer à expressão de ansiedade social (Clark, 2001) quer ao défice assertivo (Eceiza, et al., 2008; Vagos & Pereira, 2007b), pelo que poderá ser esta a base comum e explicativa da reciprocidade entre estas duas variáveis (Cf. Capítulo 3, ponto 3.3.2).

Para atingir este objectivo, foi realizado um estudo de carácter quantitativo-correlacional, com o objectivo de compreender e prever os fenómenos através da formulação de hipóteses acerca das relações entre as variáveis em estudo. Estas correlações pretendem representar a organização de um conjunto parcial de informação, sob o qual se possa elaborar uma teoria compreensiva. Assim, o presente estudo inclui hipóteses dedutivas e indutivas (L. Almeida & Freire, 2007). No primeiro caso, são fundamentadas em conclusões ou deduções implícitas da teoria cognitiva e da associação entre ansiedade social e assertividade. No segundo caso, pretendem comprovar um modelo compreensivo cognitivo do desempenho social na adolescência, a partir de reflexões acerca da realidade teórica na área

Relativamente a **hipóteses dedutivas**, o presente trabalho pretende averiguar:

- 1) Das diferenças de resultados obtidos nas diferentes medidas de ansiedade social, em função das variáveis sócio-demográficas, sendo que se espera ser o sexo feminino, o nível socioeconómico baixo e os sujeitos mais novos aqueles a apresentarem maiores níveis de ansiedade social;
- 2) Das diferenças de resultados obtidos nas diferentes medidas de assertividade, em função das variáveis sócio-demográficas, sendo que se espera ser o sexo feminino, o nível socioeconómico alto e os sujeitos mais velhos a apresentarem maiores níveis de assertividade;

- 3) Das correlações encontradas entre medidas de cognição, afecto e comportamento, referentes ao mesmo constructo, que se esperam estatisticamente significativas e positivas;
- 4) Da capacidade preditiva de medidas de cognição sobre medidas de afecto e de comportamento, referentes ao mesmo constructo, que se espera ser significativa;
- 5) Das correlações encontradas entre medidas de ansiedade social e assertividade, que se esperam estatisticamente significativas e negativas;

No que concerne às **hipóteses indutivas**, o presente trabalho pretende explorar:

- 6) A bondade de ajustamento de um modelo de equações estruturais sobre as associações entre cognição, afecto e comportamento na ansiedade social;
- 7) A bondade de ajustamento de um modelo de equações estruturais sobre as associações entre cognição, afecto e comportamento na assertividade;
- 8) A bondade de ajustamento de um modelo de equações estruturais compósito, com as medidas de cognição, afecto e comportamento de ansiedade social e assertividade, que vise compreender o desempenho social na adolescência.

Assim, o presente estudo objectiva recolher dados empíricos que avaliem a associação entre ansiedade social e assertividade na adolescência, em específico à luz do modelo cognitivo.

## 6.2 Participantes

O processo de selecção da presente amostra foi polietápico. Inicialmente foi seleccionada por conveniência de proximidade geográfica (distrito de Aveiro) e por grupos, considerando três anos de escolaridade (10º, 11º e 12º ano). O processo de selecção das escolas participantes foi feito em função da sua classificação no *ranking* de escolas, seleccionando três escolas de nível de desempenho médio e duas de nível de desempenho alto e baixo. Dentro de cada escola e ano de escolaridade, os alunos participantes foram seleccionados de forma aleatória simples. Uma escola recusou participar no presente trabalho. Na tabela 18 está representada a amostra total por sexo, anos de escolaridade e nível sócio-económico (NSE).

Tabela 18: Amostra completa

		Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Género		261	38.4	416	61.3	679	100
Idade	15	38	14.6	66	15.9	105	15.5
	16	77	29.5	130	21.3	208	30.6
	17	85	32.6	122	29.3	207	60.5
	18	46	17.6	70	16.8	116	17.1
	19	12	4.6	23	5.5	35	5.2
	20	2	0.8	4	1	6	0.9
Escolaridade	10º ano	80	30.7	133	32	215	31.7
	11º ano	93	35.6	152	36.5	245	36.1
	12º ano	88	33.7	129	31	217	32
NSE	Alto	40	15.3	146	35.1	186	27.4
	Médio	139	53.3	188	45.2	328	48.3
	Baixo	66	25.3	70	16.8	137	20.2

A amostra final ficou assim constituída por 679 adolescentes, 261 do género masculino (38.4%) e 416 do género feminino (61.3%). Dois sujeitos foram omissos nesta informação (0.3%). A idade do total da amostra variou entre 15 e 20 anos ( $M = 16.68$ ;  $DP = 1.14$ ), não existindo uma diferença significativa entre rapazes e raparigas [ $t(673) = 0.298$ ,  $p > 0.05$ ].

No que concerne ao ano de escolaridade, 31.7% da amostra frequentava o 10º ano ( $n = 215$ ), 36.1% frequentava o 11º ano ( $n = 245$ ), e 32% frequentava o 12º ano de escolaridade ( $n = 217$ ). Não se verificam diferenças significativas relativamente à distribuição por anos de escolaridade em função do sexo ( $\chi^2 = 0.488$ ,  $p > 0.05$ ). Verificámos existirem diferenças significativas entre a média de idades por ano de escolaridade [ $F(2;674) = 303.65$ ;  $p = 0.000$ ]. Os alunos do 12º ano são significativamente ( $p < 0.001$ ) mais velhos ( $M = 17.65$ ;  $DP = 0.75$ ) do que os alunos do 11º ano ( $M = 16.69$ ;  $DP = 0.86$ ) e do que os alunos do 10º ano ( $M = 15.70$ ;  $DP = 0.84$ ), que também são significativamente mais novos que os alunos do 11º ano.

A grande maioria da amostra nunca tinha reprovado ( $n = 533$ , 78.5%). Dos alunos que haviam reprovado, 14.6% haviam reprovado uma única vez ( $n = 85$ ), 5.3% haviam reprovado duas vezes ( $n = 36$ ), 1.2% haviam reprovado 3 vezes ( $n = 8$ ) e 0.3% haviam reprovado quatro vezes ( $n = 2$ ). Não verificámos diferenças significativas relativamente à distribuição por número de reprovações em função do sexo ( $\chi^2 = 0.4.57$ ,  $p > 0.05$ ).

No que se refere ao nível socioeconómico (NSE), utilizámos o sistema de classificação do Instituto Nacional de Estatística. A amostra ficou assim constituída por 186 sujeitos pertencentes ao NSE baixo (27.4%), 328 sujeitos pertencentes ao NSE médio (48.3%) e 137 sujeitos pertencentes ao NSE baixo (20.2%). Não foi possível obter informação relativamente ao NSE de 28 sujeitos (4.1%). Foram verificadas diferenças significativas relativamente à distribuição por NSE em função do sexo ( $\chi^2 = 30.76$ ,  $p < 0.01$ ). No NSE baixo, apenas 21.5% ( $n = 40$ ) dos alunos são

do sexo masculino, enquanto 78.5% (n = 146) são do sexo feminino. No NSE médio e alto as diferenças não são tão notórias, sendo que, respectivamente, 42.5% e 48.5% dos alunos são do sexo masculino e 57.5% e 51.5% são do sexo feminino.

## 6.3 Instrumentos

### 6.3.1 Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Reduzida (ECI-R)

Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional de assertividade, constituído por 25 itens analisados em duas escalas de resposta, uma referente ao desconforto ou tensão sentido face a ser assertivo e outra referente à frequência de prática de comportamento assertivo. Por se tratar de um instrumento adaptado para uma população com características clínicas e etárias semelhantes (Arrindell, et al., 2001; Sarkova, et al., 2005), a sua adequabilidade na amostra em estudo foi avaliada por análise factorial confirmatória (AFC), considerando que cada escala é constituída por quatro subescalas correspondentes: 1) demonstração de sentimentos negativos, referente à expressão de desacordo/ incomodo ou defesa dos próprios direitos, constituída pelos itens 6, 7, 14, 18, 19, 23 e 25; 2) expressão e gestão de limitações pessoais, relativa a admitir falhas pessoais e gerir críticas, composta pelos itens 3, 9, 15, 20, 22 e 24; 3) assertividade de iniciativa, respeitante a tomada de iniciativa e auto-expressão, formada pelos itens 1, 2, 12, 13, 17 e 21; e 4) assertividade positiva, relativa à capacidade de expressar e gerir sentimentos positivos, definida pelos itens 4, 5, 8, 11 e 16.

#### 6.3.1.1 Escala de Desconforto / Tensão (ECI/DT).

No que respeita a **escala de desconforto/ tensão**, como primeiro nível de análise, foram considerados os índices de ajustamento global. Foram obtidos os seguintes valores:  $\chi^2 = 983.73$ ,  $p < 0.000$ ;  $\chi^2/\text{gl} = 3.63$ ; RMSEA = 0.06; GFI = 0.90; AGF = 0.88; NNFI = 0.97 e CFI = 0.97. Apenas os valores do qui-quadrado indicam algumas limitações ao ajustamento do modelo aos dados da amostra, mas deverá ser considerado que este índice é dependente do tamanho da amostra (Diamantopoulos & Siguaw, 2000). Todos os restantes índices apontam para a adequabilidade deste modelo de medida (Vieira, 2009). Outras qualidades psicométricas consideradas importantes foram a fidelidade, validade convergente e validade divergente dos itens.

Relativamente à fidelidade, foram considerados índices de fidelidade compósita e índices de consistência interna (*Alpha de Cronbach*). Os valores obtidos alcançaram sempre os critérios

definidos por Bagozzi e Yi (1988) e Nunnally (1978), respectivamente. Os índices de fidelidade compósita oscilaram entre 0.77 para a subescala 3 e 0.82 para a subescala 4. O resultado para a escala completa foi de 0.94. Os índices de consistência interna variaram entre 0.77 para a subescala 3 e 0.81 para as subescalas 1, 2 e 4. O resultado para a escala completa foi de 0.93.

A análise descritiva e de valores de assimetria e curtose indicam que nenhuma das subescalas ou escala completa seguem a distribuição normal. Os valores de assimetria oscilaram entre 1.187 e 0.714; os valores de curtose variaram entre 1.370 e 0.144. No que se refere à validade convergente, foram cumpridos os principais critérios, já que os índices de saturação de cada item na sua subescala ou compósito foram superiores a 0.40.

As correlações encontradas entre subescalas variou entre 0.67 e 0.75, cumprindo um dos critérios referentes à validade divergente dos itens (Ping, 2004). No que se refere à variância extraída por cada compósito ou subescala, não foi cumprido o critério definido (Fornell & Larcker, 1981), já que os resultados oscilaram entre 0.36 para a escala 3 e 0.43 para a escala 4.

#### ***6.3.1.2 Escala de Frequência de Comportamento (ECI/FC).***

Para a **escala de frequência de comportamento**, num primeiro nível de análise foram considerados os índices de ajustamento global. Foram obtidos os seguintes valores:  $\chi^2 = 1141.57$ ;  $p < 0.000$ ;  $\chi^2/gl = 4.21$ ; RMSEA = 0.07; GFI = 0.88; AGF = 0.86; NNFI = 0.94 e CFI = 0.95. Apenas os valores do qui-quadrado indicam algumas limitações ao ajustamento do modelo aos dados da amostra, mas deverá ser considerado que este índice é dependente do tamanho da amostra (Diamantopoulos & Siguaw, 2000). Todos os restantes índices apontam para a adequabilidade deste modelo de medida (Vieira, 2009). Igualmente, foram tidos em conta as medidas de fidelidade, validade convergente e divergente enquanto importantes indicadores psicométricos.

No que respeita à fidelidade, foram considerados índices de fidelidade compósita e índices de consistência interna (*Alpha de Cronbach*). Os valores obtidos alcançaram os critérios definidos por Bagozzi e Yi (1988) e Nunnally (1978), respectivamente, à exceção da subescala 1 ( $\alpha = 0.68$ ). Os índices de fidelidade compósita oscilaram entre 0.65 para a subescala 2 e 0.76 para a subescala 4. O resultado para a escala completa foi de 0.91. Os índices de consistência interna variaram entre 0.68 para a subescala 1 e 0.77 para a subescala 2. O resultado para a escala completa foi de 0.90.

A análise descritiva e de valores de assimetria e curtose indicam que os resultados das subescalas e escala completa se aproximam da distribuição normal. Os valores de assimetria variaram entre -0.327 e 0.075; os valores de curtose oscilaram entre 0.547 e 0.024. No que concerne à validade convergente, foram cumpridos os principais critérios, já que os índices de

saturação de cada item na sua subescala ou compósito foram superiores a 0.40, à excepção dos itens 9 e 48.

As correlações encontradas entre subescalas variou entre 0.51 e 0.62, cumprindo um dos critérios referentes à validade divergente dos itens (Ping, 2004). No que se refere à variância extraída por cada compósito ou subescala, não foi cumprido o critério definido (Fornell & Larcker, 1981), já que os resultados oscilaram entre 0.25 para a subescala 1, e 0.36 para a subescala 2.

### **6.3.2 Escala de Pensamentos e Crenças Sociais (EPCS)**

Trata-se de um instrumento de medida de crenças e pensamentos sociais negativos associados a ansiedade social, constituído por 21 itens. A análise factorial exploratória sugere a mesma constituição factorial obtida no estudo de preparação do instrumento (Vagos & Pereira, 2010b; Cf. Capítulo 5, ponto 5.1.2). Foram extraídos dois factores ( $KMO = 0.96$ ) que explicam 48.05% dos resultados, denominados de 1) desconforto na interacção social, referente a pensamentos negativos acerca de situações de interacção ou contacto recíproco, composta pelos itens 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16 e 18; e 2) desconforto no desempenho público, respeitante a pensamentos negativos sobre eventos sociais em que se está a ser observado, avaliado ou comparado com outros, constituída pelos itens 3, 7, 11, 15, 17, 19, 20 e 21.

Os resultados neste instrumento obtiveram índices de consistência interna adequados (Nunnally, 1978), sendo de  $\alpha = 0.91$  para a subescala 1,  $\alpha = 0.83$  para a subescala 2 e  $\alpha = 0.93$  para a escala completa. As correlações entre subescalas e escala completa foram positivas e significativas:  $r = 0.76$  ( $p < 0.001$ ) entre as duas subescalas,  $r = 0.96$  ( $p < 0.001$ ) entre subescala 1 e a escala completa e  $r = 0.91$  entre a subescala 2 e a escala completa. Os valores de curtose variaram entre 0.16 e 0.25 e os de assimetria entre 0.54 e 0.64 indicando que os resultados das subescalas e escala completa se aproximam da distribuição normal.

### **6.3.3 Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo (QEIA)**

Trata-se de um instrumento de medida de crenças interpessoais positivas associadas à assertividade, constituído por 21 itens. A análise factorial exploratória sugere a mesma constituição factorial obtida no estudo de preparação do instrumento (Vagos & Pereira, 2010c; Cf. Capítulo 5, ponto 5.1.3), com excepção do item 16 que agora saturou na subescala 4. Foram extraídos quatro factores ( $KMO = 0.92$ ) que explicam 54.23% dos resultados, denominados de 1)



apoio emocional externo, concretizado na representação positiva de outros como provedores de apoio, aceitação e afecto, definida pelos itens 1, 5, 6, 14 e 18; 2) aptidão pessoal funcional; referente a uma representação da competência pessoal em tarefas quotidianas, formada pelos itens 3, 11, 16 e 20; 3) gestão interpessoal, consistindo na representação da capacidade de gerir a normal frustração interpessoal, constituída pelos itens 4, 7, 8, 12, 13, 17, 19 e 21; e 4) aptidão pessoal afectiva, relativa à representação da própria competência para ser amado/a, composta pelos itens 2, 9, 10 e 15.

Esta constituição da escala obteve igualmente bons índices de ajustamento numa AFC ( $\chi^2 = 768.89$ ,  $p < 0.000$ ;  $gl = 185$ ;  $\chi^2/gl = 4.16$ ;  $RMSEA = 0.07$ ;  $GFI = 0.90$ ;  $AGFI = 0.88$ ;  $CFI = 0.96$  e  $NNFI = 0.96$ ), considerando os valores critério definidos por Vieira (2009), descritos no Anexo IV. Mais uma vez, apenas os valores associados ao qui-quadrado sugerem algumas limitações ao ajustamento do modelo de medida, devendo ser considerada a vulnerabilidade deste índice à dimensão da amostra (Diamantopoulos & Siguaw, 2000).

A análise de consistência interna considerou o *Alfa de Cronbach*. A análise do índice *Alfa de Cronbach* das componentes 3 e 4 levou a concluir que a presença do item 16 aumentava o valor obtido no primeiro caso e diminuía o valor obtido no segundo caso. Assim, e considerando trabalhos anteriores com o instrumento, o item 16 foi incluído na componente 3. Assim constituídas, todas as subescalas e escala completa obtiveram valores adequados de acordo com o critério de Nunnally (1978):  $\alpha = 0.82$  para a subescala 1,  $\alpha = 0.83$  para a subescala 2,  $\alpha = 0.76$  para a subescala 3,  $\alpha = 0.77$  para a subescala 4 e  $\alpha = 0.89$  para a escala completa. Verificámos existirem correlações positivas e significativas entre todas as subescalas e entre estas e a escala completa. Entre as subescalas, as correlações variaram entre  $r = 0.25$  ( $p < 0.001$ ) entre as subescalas 1 e 2 e  $r = 0.93$  ( $p < 0.001$ ) entre as subescalas 2 e 4. Com a escala completa, as correlações oscilaram entre  $r = 0.68$  ( $p < 0.001$ ) para a subescala 2 e  $r = 0.87$  ( $p < 0.001$ ) para a subescala 3.

Os resultados de curtose e de assimetria indicam que apenas os resultados da subescala competência pessoal instrumental se aproximam da distribuição normal (Curtose = 0.09; Assimetria = -0.58). Para as restantes subescalas e escala completa os resultados de curtose variaram entre -1.97 e 1.05 e os resultados de assimetria entre -1.35 e -0.74, indicando que nestes casos os resultados não se aproximam da distribuição normal.

#### **6.3.4 Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA)**

Foi realizada uma AFE para testar a constituição da EAESSA na amostra em estudo. Os factores obtidos para a dimensão de ansiedade correspondiam maioritariamente com os obtidos

na preparação do instrumento para a adolescência tardia, à excepção do item 10, que saturou no factor 1 (interacção com o sexo oposto) e não no factor 6 (comer e beber em público), e do item 34, que saturou no factor 3 (observação por outros) e não no factor 2 (interacção assertiva). Para a dimensão de evitamento comportamental os factores obtidos não corresponderam aos retirados do estudo de preparação nem aos retirados dos trabalhos com a versão original do instrumento (Cunha, 2005; Cunha, Gouveia, et al., 2008; Cunha, Gouveia, Salvador, et al., 2004). A análise do seu conteúdo indicou não possuírem, igualmente, significado teórico. Assim, foi realizada uma AFC com os factores obtidos no estudo de preparação do instrumento (Cf. Capítulo 5, ponto 5.1.4) quer para a escala de ansiedade quer para a escala de evitamento, considerando que a amostra é em termos etários mais próxima da amostra desse trabalho do que da amostra do trabalho original com o instrumento. Foram considerados critérios relativos ao ajustamento do modelo de medida, à fidelidade, e à validade divergente e convergente dos itens.

A composição interna do instrumento foi avaliada com a composição de cada escala em seis factores ou subescalas não coincidentes: 1) interacção com o sexo oposto, relativa a situações de relacionamento com o sexo oposto, composta pelos 14, 17, 20, 21 e 22 nas dimensões de ansiedade e evitamento; 2) interacção assertiva, referente a situações que impliquem competências assertivas e de auto-expressão, constituída pelos itens 9, 11, 15, 16, 18, 23, 27, 30 e 34 na dimensão ansiedade e pelos itens 13, 16, 18, 19, 23, 27 e 34 na dimensão evitamento; 3) observação por outros, relativa a situações de desempenho público, composta pelos itens 3, 24, 25, 31, 32 e 33 na dimensão ansiedade e pelos itens 24, 25, 31, 32 e 33 na dimensão de evitamento; 4) interacção em situações sociais novas, respeitante a situações de realização de tarefas novas ou pouco habituais, definida pelos itens 6, 7, 8, 12, 13 e 19 na dimensão de ansiedade e pelos itens 6, 7, 8 e 12 na dimensão de evitamento; 5) desempenho em situações sociais formais, referente a situações de avaliação em contexto escolar, integrada pelos itens 4, 5, 26, 28 e 29 na dimensão de ansiedade e pelos itens 4, 5, 15, 26, 28 e 29 na dimensão de evitamento; e 6) comer e beber em público, referente a situações de estar exposto a terceiros, sem praticar um desempenho em particular, definida pelos itens 1, 2 e 10 na dimensão de ansiedade e pelos itens 1, 2, 3 e 10 na dimensão de evitamento.

#### **6.3.4.1 Escala de ansiedade.**

No que se refere à **escala de ansiedade**, foram obtidos os seguintes índices de ajustamento do modelo:  $\chi^2 = 1755.19$ ;  $p < 0.000$ ;  $\chi^2/\text{gl} = 3.37$ ; RMSEA = 0.06; GFI = 0.87; AGF / 0.85; NNFI = 0.97 e CFI = 0.97. Apenas os valores do qui-quadrado indicam algumas limitações ao ajustamento do modelo aos dados da amostra, mas deverá ser considerado que este índice é dependente do tamanho da amostra (Diamantopoulos & Siguaw, 2000). Todos os restantes índices apontam para a adequabilidade deste modelo de medida (Vieira, 2009).

No que se refere às medidas de fidelidade compósita, verificámos que todas as subescalas cumpriram o critério estipulado por Bagozzi e Yi (1988), tendo os valores obtidos variado entre 0.69 para a subescala 6 e 0.87 para a subescala 1. Os resultados da escala completa obtiveram um valor de fidelidade compósita de 0.96. No que se refere ao índice de consistência interna, todas as subescalas alcançaram o critério definido por Nunnally (1978), à excepção da subescala 6 ( $\alpha = 0.68$ ). Para as restantes subescalas os índices de consistência interna variaram entre 0.77 para a subescala 5 e 0.84 para a subescala 1. O valor de consistência interna para os resultados da escala completa foi de 0.94.

A análise descritiva e de valores de assimetria e curtose indicam que os resultados das subescalas e escala completa não se aproximam da distribuição normal, com excepção da subescala 4, que obteve um valor de assimetria de 0.4 e de curtose de 0.05. Para as restantes subescalas, os valores de assimetria variaram entre 0.81 e 1.99 e os valores de curtose oscilaram entre 0.48 e 5.2. No que respeita à análise da validade convergente dos itens, foi cumprido o critério considerado, já que todos os itens obtiveram um índice de saturação na subescala a que pertencem superior a 0.40.

As correlações encontradas entre subescalas variou entre 0.51 e 0.62, cumprindo um dos critérios referentes à validade divergente dos itens (Ping, 2004). O critério referente à variância extraída (Fornell & Larcker, 1981) não foi cumprido. À excepção da subescala 1 que recuperou 54% da variância de resultados, as restantes subescalas recuperaram entre 34 e 43% da variância dos resultados.

#### ***6.3.4.2 Escala de evitamento comportamental.***

No que se refere à **escala de evitamento comportamental**, foram obtidos os seguintes índices de ajustamento do modelo:  $\chi^2 = 1484.73$ ;  $p < 0.000$ ;  $\chi^2/\text{gl} = 3.46$ ; RMSEA = 0.06; GFI = 0.88; AGF / 0.86; NNFI = 0.96 e CFI = 0.96. Apenas os valores do qui-quadrado indicam algumas limitações ao ajustamento do modelo aos dados da amostra, mas deverá ser considerado que este índice é dependente do tamanho da amostra (Diamantopoulos & Siguaw, 2000). Todos os restantes índices apontam para a adequabilidade deste modelo de medida (Vieira, 2009).

No que se refere às medidas de fidelidade compósita, verificámos que todas as subescalas cumpriram o critério estipulado por Bagozzi e Yi (1988), tendo os valores obtidos variado entre 0.71 para a subescala 4 e 0.84 para a subescala 1. Os resultados da escala completa obtiveram um valor de fidelidade compósita de 0.95. No que se refere ao índice de consistência interna, todas as subescalas alcançar o critério definido por Nunnally (1978). Para as restantes subescalas os índices de consistência interna variaram entre 0.70 para a subescala 4 e

0.83 para a subescala 1. O valor de consistência interna para os resultados da escala completa foi de 0.92.

A análise descritiva e de valores de assimetria e curtose indicam que os resultados das subescalas e escala completa não se aproximam da distribuição normal. Os valores de assimetria variaram entre 0.72 e 2.49 e os valores de curtose oscilaram entre 0.47 e 6.19. A análise do valor de saturação de cada item na subescala a que pertence leva a concluir da validade convergente dos resultados dos itens, já que apenas o item 13 não cumpriu o critério definido de um valor mínimo de saturação de 0.40, tendo um índice de saturação de 0.38.

As correlações encontradas entre subescalas variou entre 0.37 e 0.53, cumprindo um dos critérios referentes à validade divergente dos itens (Ping, 2004). O critério referente à variância extraída (Fornell & Larcker, 1981) foi cumprido pelas subescalas 1 e 6 que recuperaram 52% e 54% da variância de resultados, respectivamente. As restantes escalas recuperaram entre 27 (subescala 2) e 40% (subescala 5) da variância dos resultados.

#### **6.4 Procedimentos Gerais**

A utilização de cada questionário no presente trabalho foi autorizada pelo respectivo primeiro ou segundo autor. Para o preenchimento dos questionários foi solicitada e obtida autorização junto da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC - Anexo XI) e, posteriormente, junto dos concelhos executivos de cada escola em particular. Das sete escolas seleccionadas, uma recusou participar, alegando indisponibilidade dos professores para colaborar na aplicação dos questionários.

No que concerne às escolas participantes, os investigadores deslocaram-se a cada escola em horário pré-definido pelos concelhos executivos, para explicar os objectivos específicos do estudo, garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes e o retorno de dados de forma colectiva. Os questionários foram, então, aplicados em grupo, em contexto de sala de aula, em tempo cedido pelos professores e posteriormente entregues aos investigadores. Para controlar possíveis contaminações de resposta aos questionários, a sua ordem de apresentação foi balanceada. Cada protocolo de questionário incluía uma folha de rosto na qual eram solicitados alguns dados sócio-demográficos (idade, sexo, ano de escolaridade, número de reprovações, profissões de pai e mãe) e eram apresentados os objectivos gerais do estudo: conhecer e caracterizar diferentes dimensões do desempenho social na adolescência. Cada questionário era precedido de instruções específicas de preenchimento, nomeadamente a escala de resposta a ser utilizada.

Após obtidas as autorizações necessárias dos órgãos superiores de gestão das escolas, participação no estudo de cada aluno individualmente foi anónima e voluntária, tendo a recolha dos dados decorrido em Abril de 2008. O tempo utilizado pelos alunos para preenchimento dos questionários foi em média 40 minutos.

## **6.5 Análise de Dados**

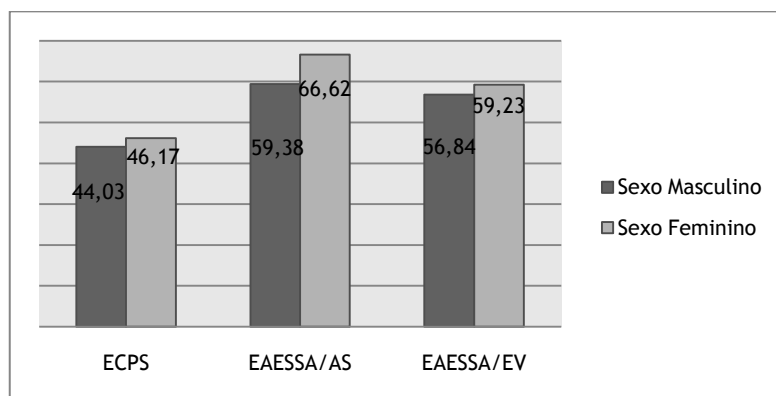
Para análise de dados foram utilizados os programas de análise estatística SPSSv17.0 e LISRELv8.0. O primeiro foi utilizado para a realização de análises descritivas, comparativas, correlacionais e de regressão; o segundo foi usado na modelação e teste do ajustamento de modelos de equações estruturais. Em virtude das exigências deste último programa, e para manter a estabilidade da amostra em todas as análises, foram excluídos todos os casos em que se verificaram existir respostas omissas a qualquer um dos itens de qualquer questionário.

## **6.6 Resultados**

### **6.6.1 Perfil sócio-demográfico de ansiedade social.**

Considerando a variável **sexo**, verificámos que os respondentes do sexo feminino obtiveram pontuações significativamente mais elevadas do que os respondentes do sexo masculino em pensamentos sociais negativos [EPCS;  $t(675) = -2.01$ ;  $p < 0.05$ ], intensidade de ansiedade face a eventos sociais típicos da adolescência (EAESSA/AS;  $z = -4.93$ ;  $p < 0.001$ ) e frequência de evitamento comportamental desses mesmos eventos (EAESSA/EV;  $z = -2.072$ ;  $p < 0.01$ ; Gráfico 1).

Gráfico 1: Ansiedade social por sexo



Ao considerar as subescalas, podemos clarificar estas diferenças, ao verificar que no que se refere a pensamentos sociais negativos a diferença entre sexos apenas é significativa para o desconforto no desempenho público [ $t(675) = -3.24$ ;  $p < 0.01$ ]. Relativamente à intensidade de ansiedade sentida, as diferenças em função do sexo são estatisticamente significativas no que concerne a situações de interacção assertiva ( $z = -4.99$ ;  $p < 0.001$ ), observação por outros ( $z = -7.04$ ;  $p < 0.001$ ), interacção em situações sociais novas ( $z = -3.17$ ;  $p < 0.01$ ) e desempenho em situações sociais formais ( $z = -4.24$ ;  $p < 0.001$ ). Na dimensão evitamento as diferenças entre sexos foram estatisticamente significativas na interacção com o sexo oposto ( $z = -2.68$ ;  $p < 0.01$ ), observação por outros ( $z = -3.5$ ;  $p < 0.001$ ) e interacção em situações sociais novas ( $z = -2.18$ ;  $p < 0.05$ ; Tabela 19). De salientar que apenas na subescala de ansiedade na interacção em situações sociais novas se verifica serem os alunos do sexo masculino a obterem resultados mais elevados.

Tabela 19: Medidas de ansiedade social por sexo

	Sexo Masculino <sup>a</sup>		Sexo Feminino <sup>b</sup>	
	M	DP	M	DP
Crenças e Pensamentos Sociais	44.03	26.31	46.17	13.56
Desconforto no desempenho público	17.72	5.85	19.17	5.56
Ansiedade em Situações Sociais	59.38	17.02	66.62	19.94
Interacção assertiva	15.48	5.07	17.74	5.96
Observação por outros	8.22	3.09	10.09	4.1
Interacção em situações sociais novas	14.14	4.54	15.22	4.78
Evitamento de Situações Sociais	56.84	18.47	59.23	17.07
Interacção com o sexo oposto	7.6	3.48	8.12	3.52
Observação por outros	7.91	3.89	8.55	3.69
Interacção em situações sociais novas	8.52	3.07	9.07	3.18

<sup>a</sup> n = 261; <sup>b</sup> n = 416

Considerando a variável **idade**, verificamos apenas existir uma correlação significativa positiva e muito baixa com a intensidade de ansiedade sentida face ao desempenho em situações sociais formais ( $r_s = 0.09$ ;  $p < 0.05$ ).

No que se refere ao **ano de escolaridade**, verificamos que apenas existiam diferenças significativas no que se refere à dimensão ansiedade em comer e beber em público ( $\chi^2 = 6.84$ ;  $p < 0.05$ ). Considerando um nível de significância corrigido (0.016), verificámos que esta diferença se fazia notar na comparação entre alunos do 10º e do 12º ano ( $z = -2.6$ ;  $p = 0.009$ ). Os alunos do 10º ano apresentaram resultados significativamente mais altos ( $M = 4.47$ ;  $DP = 1.98$ ) do que os alunos do 12º ano ( $M = 3.91$ ;  $DP = 1.49$ ).

Por seu turno, o **número de reprovações** surge correlacionado de forma significativa positiva mas muito baixa com pensamentos negativos relativos ao desempenho público, ansiedade no desempenho em situações sociais formais e com o evitamento da interacção com o sexo oposto e do desempenho em situações sociais formais (Tabela 20).

Tabela 20: Correlações significativas entre n.º de reprovações e medidas de ansiedade social

	Pensamentos negativos Desempenho Público	Ansiedade Desempenho em situações sociais formais	Evitamento Interacção com sexo oposto	Desempenho em situações sociais formais
Número de reprovações	0.08*	0.09*	0.08*	0.11*

\*  $p < 0.05$

Ao comparar grupos com ou sem reprovações, verificamos existirem diferenças significativas para a subescala referente a pensamentos negativos relativos ao desempenho público [ $t(676) = -2.38$ ;  $p < 0.05$ ], para o desempenho social formal quer na dimensão ansiedade ( $z = -2.34$ ;  $p < 0.05$ ) quer na dimensão evitamento ( $z = -2.99$ ;  $p < 0.05$ ). Os alunos com reprovações obtiveram sempre resultados mais elevados (Tabela 21).

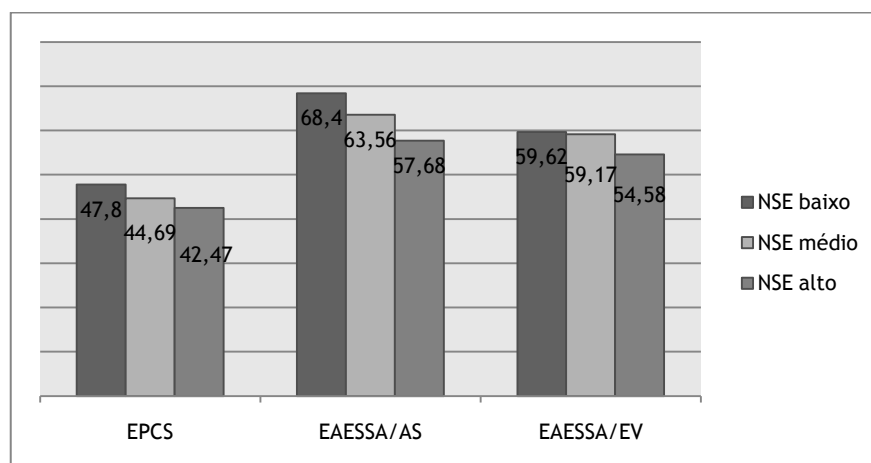
Tabela 21: Medidas de ansiedade social por reprovações

	Sem reprovações <sup>a</sup>		Com reprovações <sup>b</sup>	
	M	DP	M	DP
Crenças e Pensamentos Sociais				
Desconforto no desempenho público	18.34	5.55	19.61	6.18
Ansiedade em Situações Sociais				
Desempenho em situações sociais formais	10.51	3.73	11.6	4.66
Evitamento de Situações Sociais				
Desempenho em situações sociais formais	11.73	4.78	13.05	5.22

<sup>a</sup> n = 533; <sup>b</sup> n = 145

Ao considerar o **nível sócio-económico**, deparámo-nos com diferenças significativas nas três medidas de escala completa consideradas, a saber, pensamentos sociais negativos [ $F(650,2) = 6.837$ ;  $p < 0.01$ ], ansiedade em situações sociais ( $\chi^2 = 19.83$ ;  $p < 0.001$ ) e evitamento de eventos sociais ( $\chi^2 = 10.99$ ;  $p < 0.01$ ), conforme pode ser visualizado no Gráfico 2.

Gráfico 2: Ansiedade social por nível socioeconómico



Considerando as medidas da dimensão cognitiva da ansiedade social, verificámos que a diferença a nível da escala completa se situava entre o NSE baixo e alto ( $p < 0.05$ ). Estudando as subescalas, verificámos diferenças significativas quer para a interacção social [ $F(650,2) = 3.47$ ;  $p < 0.05$ ], quer para o desempenho público [ $F(650,2) = 11.72$ ;  $p < 0.001$ ]. No primeiro caso, a análise com os três níveis sócio-económicos considerados demonstrou que as diferenças se situavam entre o NSE baixo e alto ( $p < 0.05$ ). Já no segundo caso, as diferenças situavam-se entre o NSE baixo e médio, ( $p < 0.01$ ), entre o NSE baixo e alto ( $p < 0.001$ ), e entre o NSE médio e alto ( $p < 0.05$ ). Os alunos pertencentes ao NSE baixo apresentaram sempre os valores mais elevados (Tabela 22).



Tabela 22: Medidas de ansiedade social por nível socioeconómico

	NSE baixo <sup>a</sup>		NSE médio <sup>b</sup>		NSE alto <sup>c</sup>	
	M	DP	M	DP	M	DP
Crenças e Pensamentos Sociais	47.8	13.66	44.69	12.98	42.47	12.72
Desconforto na interacção social	27.89	8.94	26.29	8.2	25.55	8.19
Desconforto no desempenho público	19.91	5.43	18.4	5.63	16.93	5.36
Ansiedade em Situações Sociais	68.4	21.62	63.56	18.38	57.98	15.26
Interacção com o sexo oposto	8.56	3.62	7.8	3.38	7.04	2.46
Interacção assertiva	18.17	6.54	16.59	5.52	15.05	4.71
Observação por outros	10.09	4.48	9.32	3.73	8.53	3.06
Interacção em situações sociais novas	15.73	4.72	14.74	4.68	13.53	4.29
Desempenho em situações sociais formais	11.36	4.09	10.99	4	9.31	3.19
Evitamento de Situações Sociais	59.62	16.85	59.17	18.31	54.58	16.19
Interacção assertiva	15.27	4.66	15.17	4.89	14	4.53
Desempenho em situações sociais formais	12.25	4.89	12.42	5.09	10.86	4.25

<sup>a</sup> n = 186; <sup>b</sup> n = 328; <sup>c</sup> n = 137

Para analisar as diferenças nas medidas afectivas e comportamentais de ansiedade social foi necessário corrigir o nível de significância em função das comparações a realizar, que assim ficou situado no valor 0.016.

No que se refere à dimensão afectiva da ansiedade social, apurámos que a nível da escala completa, as diferenças se situavam entre o NSE baixo e alto ( $p < 0.001$ ) e entre o NSE médio e alto ( $p < 0.01$ ). Considerando as diferentes subescalas utilizadas, os resultados encontrados indicam diferenças significativas para as subescalas de interacção com o sexo oposto ( $\chi^2 = 15.67$ ;  $p < 0.001$ ), interacção assertiva ( $\chi^2 = 10.95$ ;  $p < 0.01$ ), observação por outros ( $\chi^2 = 11.46$ ;  $p < 0.01$ ), interacção em situações sociais novas ( $\chi^2 = 15.16$ ;  $p < 0.01$ ) e desempenho em situações sociais formais ( $\chi^2 = 23.32$ ;  $p < 0.001$ ). Neste último caso, as diferenças foram significativas entre o NSE baixo e alto ( $p < 0.001$ ) e entre o NSE médio e alto ( $p = 0.001$ ). Para as restantes subescalas a diferença significativa apenas foi verificada entre o NSE baixo e alto ( $p < 0.01$ ). Os alunos pertencentes ao NSE baixo apresentaram sempre os valores mais elevados (Tabela 22).

No que concerne à dimensão de evitamento comportamental na ansiedade social, verificámos que ao nível da escala completa, as diferenças se situavam entre o NSE baixo e alto ( $p < 0.01$ ) e entre o NSE médio e alto ( $p < 0.01$ ). Em relação às subescalas consideradas, apenas foram estatisticamente significativas as diferenças a nível do evitamento da interacção assertiva ( $\chi^2 = 7.73$ ;  $p < 0.05$ ) e do desempenho em situações sociais formais ( $\chi^2 = 10.82$ ;  $p < 0.01$ ). No primeiro caso, as diferenças situaram-se entre o NSE baixo e alto ( $p < 0.01$ ); no segundo situaram-se entre o NSE baixo e alto ( $p < 0.01$ ) e entre o NSE médio e alto ( $p < 0.01$ ). Os alunos pertencentes ao NSE baixo apresentaram os valores mais elevados, embora sempre muito próximos dos valores obtidos pelos alunos de NSE médio (Tabela 22).

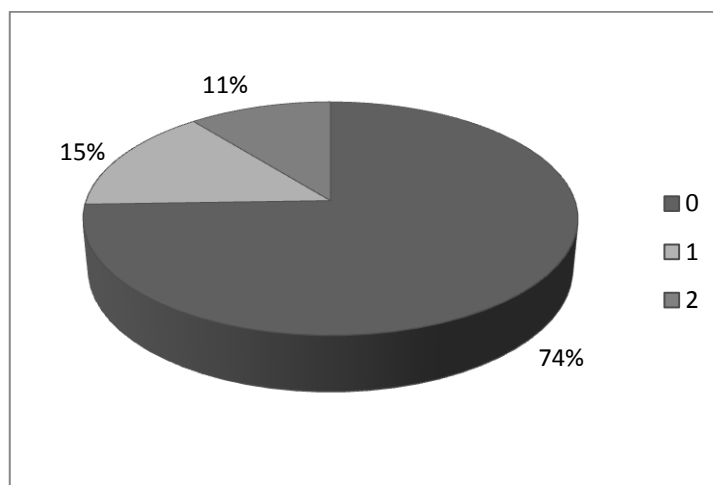
### 6.6.2 Análise da prevalência e natureza de ansiedade social.

Com esta análise pretendemos verificar a existência de sujeitos com níveis acima da média em cada uma das variáveis, remetendo para a classificação de ansiedade social generalizada ou específica.

#### 6.6.2.1 Pensamentos sociais negativos.

Foram encontradas para as duas subescalas da EPCS grupos acima  $[(M + DP); +\infty]$ , abaixo  $[0; (M - DP)]$  e na média  $]M - DP; M + DP[$ . Em seguida foram analisados os sujeitos que obtinham valores acima da média em uma ou nas duas subescalas da EPCS, o que nos permitiu concluir que a maioria dos sujeitos não apresenta qualquer nível de pensamentos sociais negativos acima da média (Gráfico 3).

Gráfico 3: Sujeitos com níveis altos de pensamentos sociais negativos

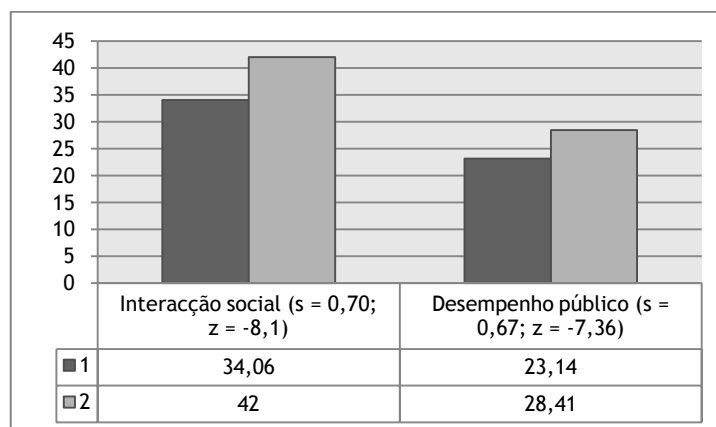


Verificámos também que dos sujeitos que endossam níveis de pensamentos sociais negativos acima da média em apenas uma dimensão cognitiva ( $n = 100$ ), 49% apresenta-os apenas no que respeita à interacção social, enquanto 59% apenas no que se refere ao desempenho público. Um total de 73 sujeitos endossa pensamentos sociais negativos acima da média nas duas dimensões cognitivas consideradas.

Verificámos existirem correlações significativas positivas ( $p < 0.001$ ) entre o número de dimensões de pensamentos negativos endossados acima da média e a média obtida em cada

subescala: os sujeitos que endossam pensamentos sociais negativos referentes a mais dimensões cognitivas endossam igualmente maior intensidade desses mesmos pensamentos (Gráfico 4).

Gráfico 4: Pensamentos sociais endossados, por dimensões cognitivas



Igualmente, as médias obtidas por sujeitos que endossam pensamentos sociais negativos acima da média em uma ou duas dimensões sociais (apresentadas na tabela anexa ao gráfico) são significativamente diferentes ( $p < 0.001$ ). Neste caso, os sujeitos que endossam pensamentos sociais negativos nas duas dimensões cognitivas, endossam-nos com mais intensidade.

Relativamente aos dados sócio-demográficos destes sujeitos (Tabela 23), podemos verificar que o sexo feminino é mais frequente, mas esta distribuição por sexo surge como aleatória ( $\chi^2 = 0.96$ ;  $p = 0.756$ ), bem como surge como aleatória a distribuição por ano de escolaridade [ $\chi^2(1,4) = 3.67$ ;  $p = 0.453$ ] e por NSE [ $\chi^2(1,4) = 9.45$ ;  $p = 0.051$ ]. Igualmente, podemos verificar que no grupo de sujeitos que endossa as duas dimensões cognitivas acima da média existem menos sujeitos sem reprovações. Relativamente à média de idades, verificámos não existirem diferenças significativas entre os vários grupos considerados [ $t(171) = -1.15$ ;  $p = 0.252$ ].

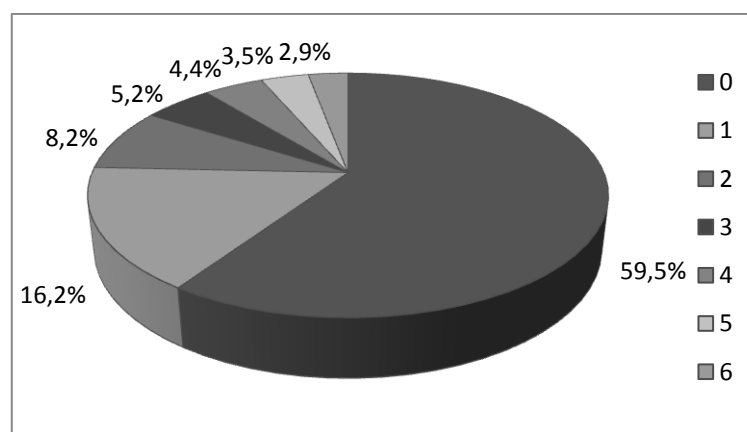
Tabela 23: Caracterização sócio-demográfica por número de dimensões cognitivas

	N.º de dimensões cognitivas endossadas	
	1	2
Sexo feminino	68%	65.8%
Sexo masculino	32%	34.2%
Idade (M)	16.59	16.78
10º ano	38%	32.9%
11º ano	37%	32.9%
12º ano	25%	34.2%
NSE baixo	28%	39.7%
NSE médio	53%	38.4%
NSE alto	17%	13.7%
Sem reprovações	80%	74%
Com 1-4 reprovações	20%	26%

#### 6.6.2.2 Ansiedade social.

Foram encontradas para todas as subescalas de ansiedade grupos acima  $[(M + DP); + \infty]$ , abaixo  $[0; (M - DP)]$  e na média  $[M - DP; M + DP[$ . Em seguida foram analisados os sujeitos que obtinham valores acima da média em uma ou várias sub-escalas da EAESSA na escala de ansiedade, o que nos permitiu concluir que a maioria dos sujeitos não apresenta qualquer nível de ansiedade acima da média (Gráfico 5).

Gráfico 5: Sujeitos com níveis altos de ansiedade



Verificámos também que 16.2% (n = 109) da amostra apresentou ansiedade acima da média apenas a um determinado tipo de situação social, sendo mais frequente na subescala de interacção com o sexo oposto. Já 24.2% da amostra refere entre 2 e 6 tipos de situações em que

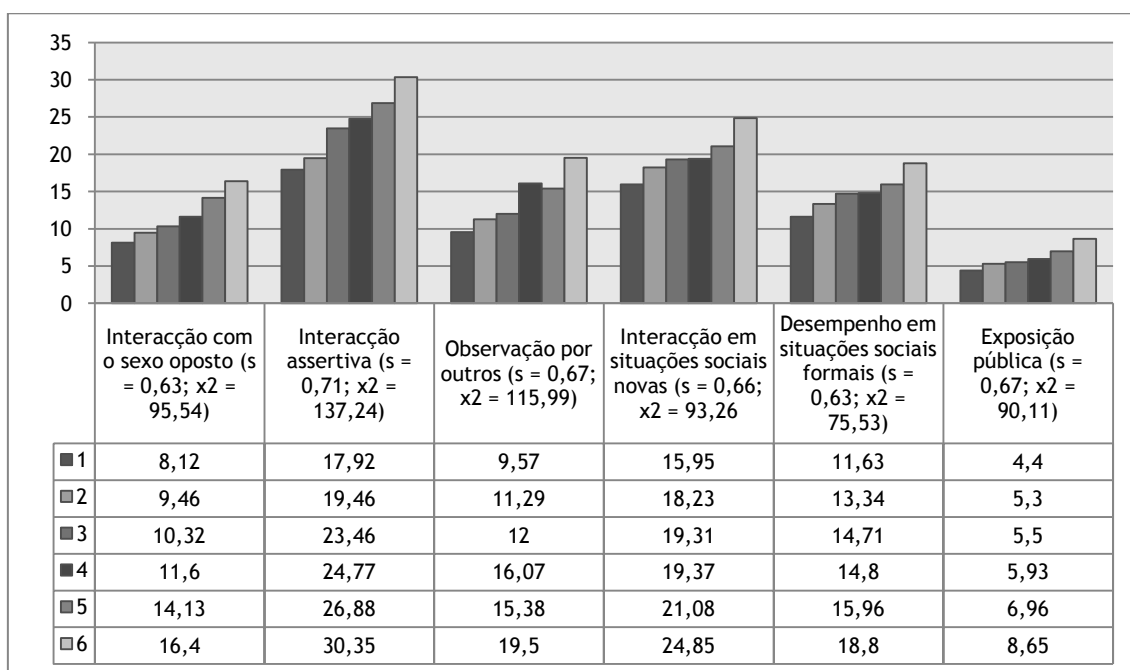
experienciam ansiedade acima da média, num total de 165 alunos. Da análise da tabela 24 podemos verificar que a ansiedade relativamente à interacção social, com o sexo oposto e ao ser-se assertivo, são as mais referidas em todos os grupos (a negrito), à excepção do grupo de sujeitos com dois tipos de situações sociais ansiógenas. As situações menos referidas como ansiógenas vão variando nos diferentes grupos (a sublinhado).

Tabela 24: Frequência de sujeitos por número de situações sociais ansiógenas

	N.º de situações sociais ansiógenas					
	1 (n = 109)	2 (n = 56)	3 (n = 35)	4 (n = 30)	5 (n = 24)	6 (n = 20)
Interacção com sexo oposto	<b>61.2%</b>	35.7%	<b>57.1%</b>	60%	<b>95.8%</b>	100%
Interacção assertiva	60%	<u>19.6%</u>	<b>57.1%</b>	<b>83.3%</b>	<b>95.8%</b>	100%
Observação por outros	58.8%	35.7%	<u>42.9%</u>	80%	75%	100%
Interacção em situações sociais novas	<u>55.2%</u>	33.9%	48.6%	60%	<u>70.8%</u>	100%
Desempenho em situações sociais formais	56.4%	35.7%	51.4%	60%	<u>70.8%</u>	100%
Comer e beber em público	58.2%	<b>60.7%</b>	<b>57.1%</b>	<u>43.3%</u>	91.7%	100%

Verificámos existirem correlações significativas ( $p < 0.001$ ) positivas entre as situações sociais consideradas ansiógenas e a média obtida em cada subescala: são os sujeitos que apresentam ansiedade alta face a mais situações que experienciam igualmente ansiedade mais intensa (Gráfico 6).

Gráfico 6: Níveis de ansiedade por número de situações ansiógenas



Igualmente, as médias obtidas por sujeitos com diferente número de situações sociais ansiógenas (apresentadas na tabela anexa ao Gráfico 6) são significativamente diferentes ( $p < 0.001$ ) para todas as subescalas, o que mais uma vez confirma a maior intensidade de ansiedade sentida por aqueles que endossam altos níveis de ansiedade em mais tipos de situações sociais.

Relativamente aos dados sócio-demográficos destes sujeitos (Tabela 25), podemos verificar que o sexo feminino é sempre predominante [ $\chi^2(1,6) = 18.12$ ;  $p = 0.006$ ]. A distribuição dos alunos nos diferentes grupos de situações ansiógenas em função do ano de escolaridade parece ser aleatória [ $\chi^2(1,12) = 15.49$ ;  $p = 0.216$ ], mas o mesmo não se verifica para a distribuição por NSE [ $\chi^2(1,12) = 24.45$ ;  $p = 0.018$ ], sendo que os alunos de NSE baixo vão se tornando a maioria à medida que aumenta o número de situações sociais temidas, verificando-se o inverso para o NSE alto. Podemos ainda verificar que à medida que aumenta o número de situações sociais em que se experiencia ansiedade acima da média, diminui o número de sujeitos sem reprovações, existindo uma correlação significativa entre estas duas variáveis ( $r = 0.105$ ;  $p < 0.01$ ). Relativamente à média de idades, verificámos não existirem diferenças significativas entre os vários grupos considerados [ $F(6,676) = 0.221$ ;  $p = 0.997$ ].

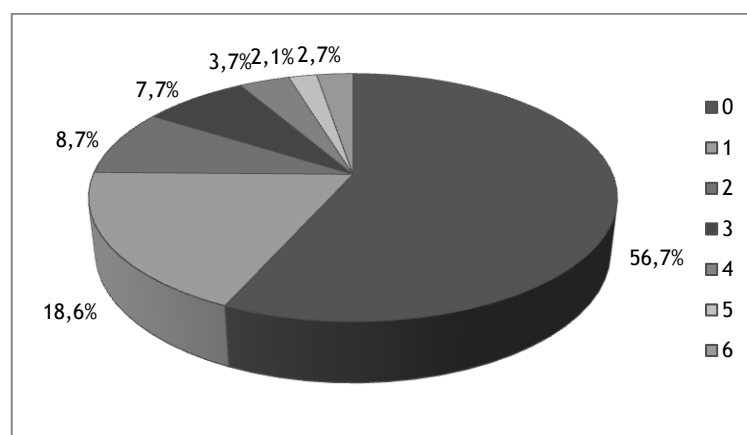
Tabela 25: Caracterização sócio-demográfica por número de situações sociais ansiógenas

	N.º de situações sociais ansiógenas					
	1 (n = 109)	2 (n = 56)	3 (n = 35)	4 (n = 30)	5 (n = 24)	6 (n = 20)
Sexo feminino	67.6%	66.1%	71.4%	73.3%	79.2%	80%
Sexo masculino	32.1%	33.9%	28.6%	26.7%	20.8%	20%
Idade (M)	16.66	16.61	16.62	16.7	16.83	16.75
10º ano	34.9%	30.4%	14.3%	33.3%	37.5%	55%
11º ano	30.3%	44.6%	51.4%	40%	33.3%	25%
12º ano	34.9%	25%	34.3%	26.7%	29.2%	20%
NSE baixo	30%	33.9%	31.4%	30%	31.8%	63.2%
NSE médio	47.2%	46.4%	51.4%	53.3%	59.1%	31.6%
NSE alto	95.5%	12.5%	14.3%	13.3%	9.1%	5.3%
Sem reprovações	78%	80.4%	88.6%	76.7%	62.5%	40%
Com 1-4 reprovações	21.9%	19.7%	11.5%	23.3%	37.5%	60%

### 6.6.2.3 Evitamento Social

Foram encontradas para todas as subescalas de evitamento grupos acima [ $(M + DP)$ ;  $+\infty$ ], abaixo [ $0$ ;  $(M - DP)$ ] e na média [ $M - DP$ ;  $M + DP$ ]. Em seguida foram analisados os sujeitos que obtinham valores acima da média em uma ou várias sub-escalas da EAESSA na escala de evitamento, o que nos permitiu concluir que a maioria dos sujeitos não apresenta qualquer nível de evitamento acima da média (Gráfico 7).

Gráfico 7: Sujeitos com níveis altos de evitamento



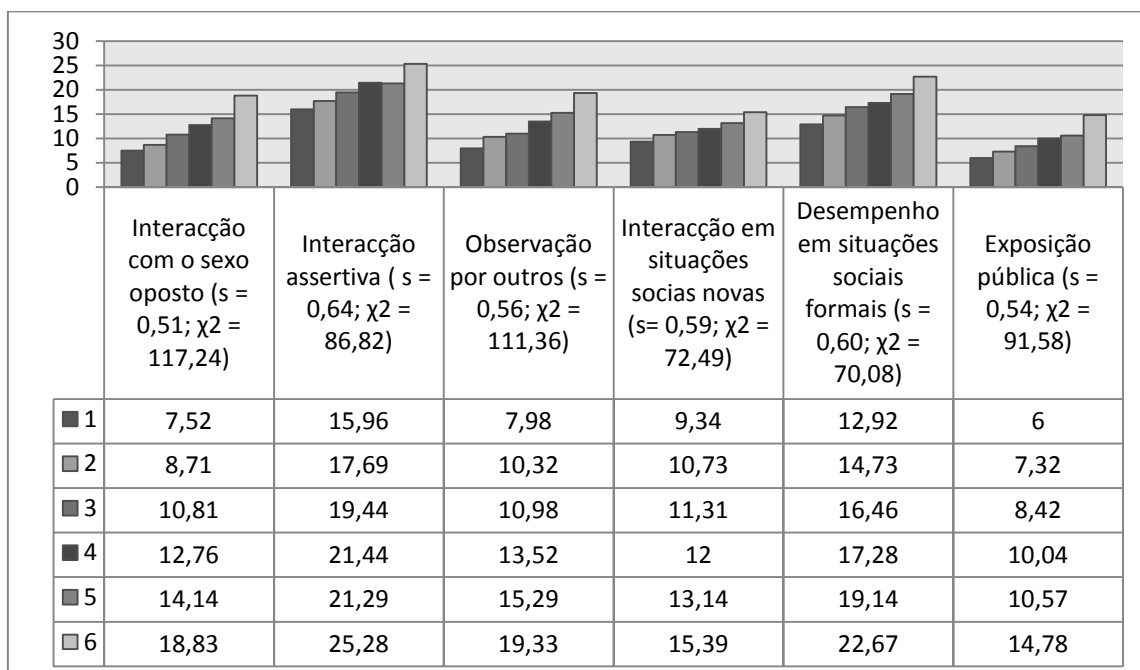
Verificámos também que 18.6% (n = 126) da amostra apresentou evitamento acima da média em apenas um tipo de situação social, sendo que destes sujeitos, 22.2% evitam especialmente o desempenho em situações sociais formais. Já 24.4% da amostra refere entre 2 e 6 tipos de situações em que experienciam evitamento acima da média, num total de 168 alunos. Da análise da tabela 26 pudemos verificar que o evitamento relativamente à interação social, com o sexo oposto e ao ser-se assertivo, são as mais referidas pelos grupos com 3, 4, e 5 situações sociais evitadas acima da média, enquanto para os sujeitos que evitam duas situações sociais a observação por outros é a mais frequente (a negrito). A situação menos referida como evitada é inconsistente (a sublinhado).

Tabela 26: Frequência de sujeitos por número de situações sociais evitadas

	N.º de situações sociais evitadas					
	1 (n = 126)	2 (n = 59)	3 (n = 52)	4 (n = 25)	5 (n = 14)	6 (n = 18)
Interação com sexo oposto	<u>11.9%</u>	28.8%	<b>59.6%</b>	76%	<b>92.9%</b>	100%
Interação assertiva	20.6%	33.9%	46.2%	<b>80%</b>	85.7%	100%
Observação por outros	17.7%	33.7%	<u><b>44.2%</b></u>	76%	<b>92.9%</b>	100%
Interação em situações sociais novas	19,8%	<b>40.7%</b>	51.9%	56%	85.7%	100%
Desempenho em situações sociais formais	<b>22.2%</b>	33.9%	50%	<u>55%</u>	85.7%	100%
Comer e beber em público	12.7%	<u>25.4%</u>	48.1%	56%	<u>57.1%</u>	100%

Verificámos existirem correlações significativas positivas entre o número de situações sociais evitadas e a média obtida em cada subescala: os sujeitos que evitam maior número de situações também as evitam com mais frequência (Gráfico 8).

Gráfico 8: Frequência de evitamento por número de situações evitadas



Igualmente, as médias obtidas por sujeitos com diferente número de situações sociais evitadas (apresentadas na tabela anexa ao Gráfico 8) são significativamente diferentes ( $p < 0.001$ ) para todas as subescalas, confirmando a maior frequência de evitamento em sujeitos que evitam mais tipos de situações sociais.

Relativamente aos dados sócio-demográficos dos sujeitos que endossam evitamento acima da média a entre 1 e 6 contextos sociais, descritos na Tabela 27, podemos verificar que o sexo feminino está sempre em maioria, à excepção do grupo de sujeitos que evitam todos os tipos de situação social considerados, em que há uma distribuição equitativa por sexo, mas esta distribuição parece aleatória [ $\chi^2(1,6) = 7.56$ ;  $p < 0.272$ ]. A mesma aleatoriedade se verifica para a distribuição de sujeitos com diferente número de situações sociais evitadas acima da média, em função do ano de escolaridade [ $\chi^2(1,12) = 17.82$ ;  $p < 0.382$ ] e NSE [ $\chi^2(1,12) = 14.58$ ;  $p < 0.266$ ]. Podemos verificar ainda que à medida que aumenta o número de situações sociais evitadas acima da média, diminui o número de sujeitos sem reprovações e aumenta o número de sujeitos com reprovações [ $\chi^2(1,6) = 16.18$ ;  $p < 0.01$ ], existindo uma correlação significativa entre estas duas variáveis ( $r = 0.10$ ;  $p < 0.01$ ). Relativamente à média de idades, verificámos não existirem diferenças significativas entre os vários grupos considerados [ $F(6,676) = 1.18$ ;  $p = 0.313$ ].



Tabela 27: Caracterização sócio-demográfica por número de situações sociais evitadas

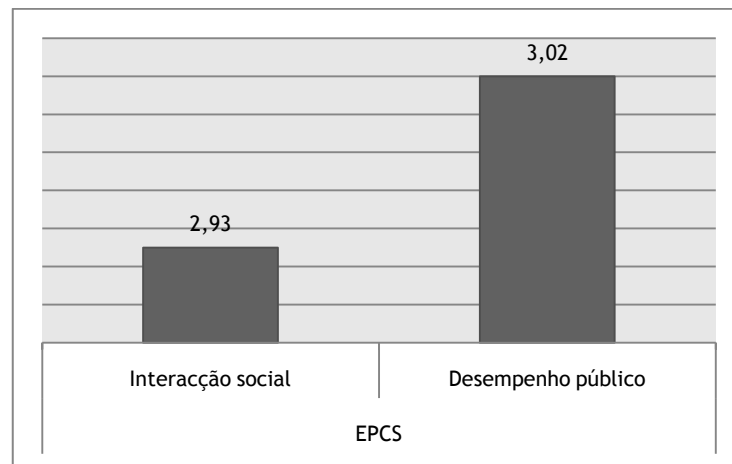
	N.º de situações sociais ansiógenas					
	1 (n = 126)	2 (n = 59)	3 (n = 52)	4 (n = 25)	5 (n = 14)	6 (n = 18)
Sexo feminino	63.5%	72.9%	67.3%	64%	71.4%	50%
Sexo masculino	36.5%	27.1%	32.7%	36%	28.6%	50%
Idade (M)	16.68	16.88	16.65	16.76	16.07	16.94
10º ano	32.8%	27.1%	32.7%	28%	18.6%	44.4%
11º ano	35.2%	27.1%	40.4%	44%	28.6%	33.3%
12º ano	32%	45.8%	26.9%	28%	14.3%	22.2%
NSE baixo	31.2%	32.7%	34%	25%	38.5%	29.4%
NSE médio	45.6%	68.8%	46.2%	58.3%	46.2%	58.8%
NSE alto	23.2%	5.5%	17.3%	16.7%	15.2%	11.8%
Sem reprovações	80.2%	79.97%	73.1%	76%	78.6%	38.9%
Com 1-4 reprovações	19.8%	20.3%	26.9%	24%	21.4%	61.1%

#### ***6.6.2.4 Coincidência de sintomas afectivos, comportamentais e cognitivos na ansiedade social.***

Considerando que a ansiedade social é caracterizada por um conjunto de sintomas a nível cognitivo, afectivo e comportamental, podemos verificar que 15.76% da amostra (n = 107) apresenta de forma conjugada pensamentos negativos acima da média, e níveis de ansiedade e evitamento também acima da média. Destes 107 sujeitos, a grande maioria era do sexo feminino (n = 75; 70.1%) e não tinha tido qualquer reprovação no seu percurso escolar (n = 78; 72.9%). Relativamente ao ano de escolaridade, verificamos uma distribuição relativamente equitativa, já que 29% frequentavam o 10º ano (n = 31), 36.4% frequentavam o 11º ano (n = 39) e 34.6% frequentavam o 12º ano (n = 37). No que concerne ao NSE, verificamos que a grande minoria dos alunos pertencia ao NSE alto (n = 10; 9.3%), sendo que 50.5% pertenciam ao NSE médio (n = 54) e 34.6% ao NSE baixo (n = 54). A média de idades deste grupo de sujeitos é de 16.82 (DP = 1.11), não divergindo significativamente do total da amostra (t = 1.32; p = 0.19).

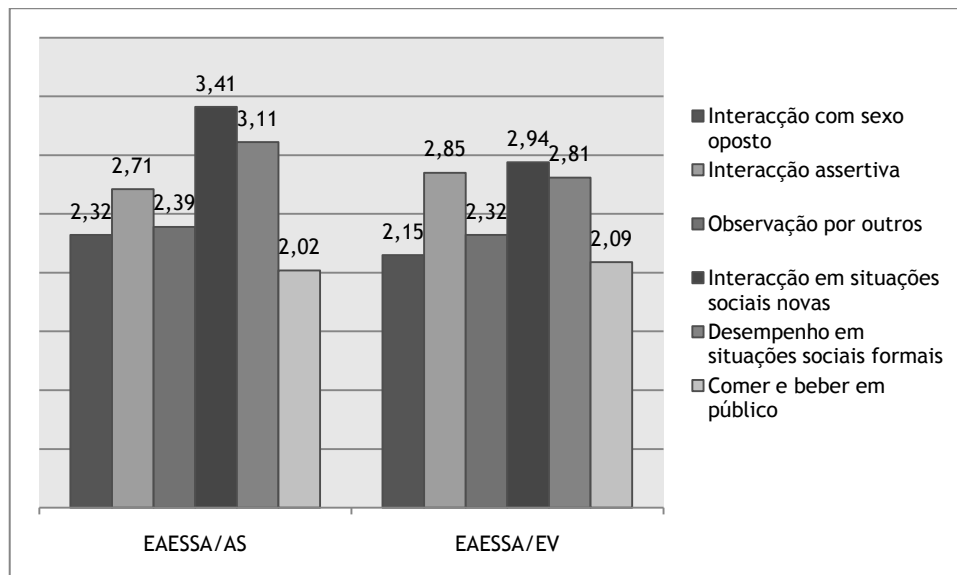
Relativamente aos pensamentos sociais negativos, e considerando as médias ponderadas de cada subescala, verificamos que este grupo de sujeitos apresenta significativamente mais pensamentos negativos relativos à interacção social do que ao desempenho público (t = -5,45; p < 0.001; Gráfico 9).

Gráfico 9: Pensamentos sociais negativos em sujeitos com coincidência de sintomas



No que respeita aos níveis de ansiedade, e considerando as médias ponderadas de cada subescala, verificamos que a interação assertiva e em situações sociais novas e o desempenho em situações sociais formais suscitam os maiores níveis de ansiedade e evitamento, a um nível de significância ajustado de 0.003 (tese de wilcoxon para 15 pares de médias emparelhadas; Gráfico 10).

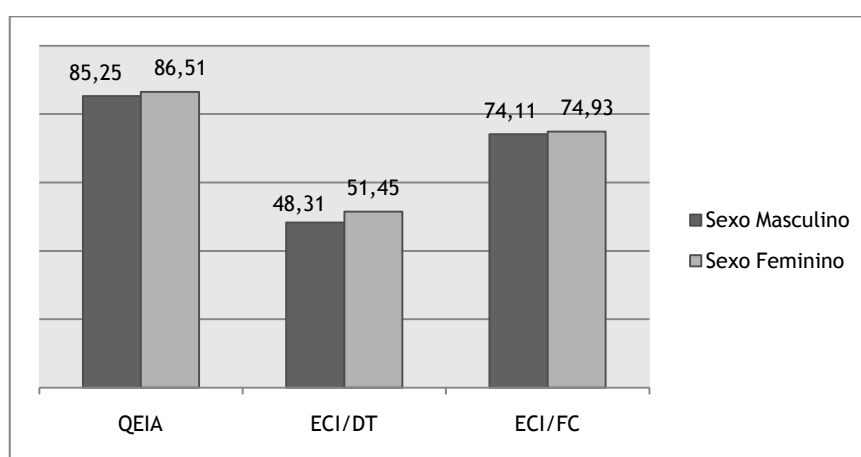
Gráfico 10: Ansiedade e evitamento em sujeitos com coincidência de sintomas



### 6.6.3 Perfil sócio-demográfico de assertividade.

Relativamente à variável **sexo**, verificamos que os respondentes do sexo feminino apresentam menores níveis de desconforto ou tensão e maior identificação ao esquema interpessoal assertivo e frequência relatada de comportamento assertivo (Gráfico 11). A diferença apenas é significativa nos níveis reportados de desconforto ou tensão ao ser assertivo ( $z = -2.79$ ;  $p < 0.01$ ).

Gráfico 11: Assertividade por sexo



Referindo-nos às subescalas de cada instrumento, verificamos que as diferenças por sexo seguem o mesmo padrão de resultados mais elevados para os alunos do sexo feminino e surgem como significativas para a representação de apoio emocional externo ( $z = -5.47$ ,  $p < 0.01$ ) e para a representação de aptidão pessoal afectiva ( $t = -3.09$ ,  $p < 0.01$ ), bem como para o desconforto face a assertividade negativa ( $z = -3.01$ ;  $p < 0.01$ ) e face à tomada de iniciativa ( $z = -3.12$ ,  $p < 0.01$ ), e para a frequência de comportamento assertivo de expressão e gestão de limitações pessoais ( $t = -2.21$ ,  $p < 0.05$ ). No caso da subescala referente à representação de aptidão pessoal funcional, a diferença entre sexos manteve-se significativa ( $z = -2.85$ ,  $p < 0.01$ ), mas foram os respondentes do sexo masculino a obterem os resultados mais elevados (Tabela 28).

Tabela 28: Medidas de assertividade por sexo

	Sexo Masculino <sup>a</sup>		Sexo Feminino <sup>b</sup>	
	M	DP	M	DP
Esquema Interpessoal Assertivo	85.25	11.19	86.51	11.49
Apoio emocional externo	20.51	3.7	21.85	3.46
Aptidão pessoal funcional	16.28	2.91	15.51	3.3
Aptidão pessoal afectiva	16.77	3.02	17.47	2.78
Desconforto/ Tensão em Situações Assertivas	48.31	16.04	51.45	16.26
Assertividade negativa	13.51	4.98	14.7	5.29
Assertividade de iniciativa	11.87	4.09	12.74	4.1
Frequência de Comportamento Assertivo	74.11	16.7	74.93	13.75
Expressão e gestão de limitações pessoais	19.66	4.88	20.48	4.38

<sup>a</sup> n = 261; <sup>b</sup> n = 416

No que respeita à variável **idade**, apenas verificámos uma correlação significativa positiva, embora muito baixa, para com a subescala de frequência de comportamento assertivo negativo ( $r = 0.09$ ;  $p < 0.05$ ).

Relativamente ao ano de escolaridade, apenas verificámos existirem diferenças significativas na subescala referente à representação de aptidão pessoal funcional ( $\chi^2 = 7.48$ ;  $p < 0.05$ ). Para perceber onde se situam as diferenças foi necessário corrigir o nível de significância ( $p = 0.016$ ). Verificámos, assim, que a diferença se situa entre os alunos do 11º e 12º ano ( $p = 0.014$ ). Os alunos do 11º ano obtiveram valores inferiores ( $M = 15.54$ ;  $DP = 3.31$ ) aos obtidos por alunos do 12º ano ( $M = 16.29$ ;  $DP = 3.05$ ).

Para com a variável **número de reprovações**, apenas verificámos existir uma correlação significativa negativa com a representação de aptidão pessoal funcional ( $r_s = 0.13$ ;  $p < 0.01$ ). A mesma subescala foi a única em que alunos com e sem reprovações obtiveram resultados significativamente diferentes ( $z = -3.54$ ;  $p < 0.01$ ). Os alunos sem reprovações obtiveram valores mais elevados ( $M = 16.03$ ;  $DP = 3.15$ ) do que os alunos com reprovações ( $M = 15$ ;  $DP = 3.14$ ).

No que concerne ao nível **sócio-económico** (NSE), verificámos diferenças significativas na subescala referente à representação da aptidão pessoal funcional ( $\chi^2 = 12.08$ ,  $p < 0.01$ ), nas subescalas da dimensão desconforto referentes à expressão e gestão de limitações pessoais ( $\chi^2 = 8.16$ ,  $p < 0.05$ ), assertividade de iniciativa ( $\chi^2 = 6.89$ ,  $p < 0.05$ ) e positiva ( $\chi^2 = 7.12$ ,  $p < 0.05$ ), e na dimensão de frequência de comportamento assertivo de iniciativa [ $F(650,2) = 4.14$ ,  $p < 0.05$ ]. Teste pos-hoc permitiram concluir que neste ultimo caso a diferença se situa entre o NSE baixo e alto ( $p < 0.05$ ). Para as restantes subescalas foi necessário ajustar o nível de significância considerado ( $p = 0.016$ ). No caso do desconforto face a assertividade positiva, a diferença significativa estava associada aos NSE baixo e médio ( $z = -2.44$ ,  $p = 0.015$ ), enquanto que para o desconforto na expressão e gestão de limitações pessoais e tomada de iniciativa se situava entre o NSE baixo e alto ( $z = -2.83$  e  $-2.61$ , respectivamente,  $p < 0.01$ ). Para a subescala referente à

representação de aptidão pessoal funcional, a diferença estava situada entre o NSE baixo e médio ( $z = -3.34$ ,  $p < 0.01$ ) e NSE médio e alto ( $z = -2.93$ ,  $p < 0.01$ ). Os alunos pertencentes ao NSE baixo obtiveram os valores mais altos no que se refere a desconforto e os mais baixos no que respeita a esquema interpessoal assertivo e frequência de comportamento. Padrão inverso foi verificado nos alunos pertencentes ao NSE alto. Os alunos pertencentes ao NSE médio obtiveram sempre valores intermédios (Tabela 29).

Tabela 29: Medidas de assertividade por nível socioeconómico

	NSE baixo <sup>a</sup>		NSE médio <sup>b</sup>		NSE alto <sup>c</sup>	
	M	DP	M	DP	M	DP
Esquema Interpessoal Assertivo						
Aptidão Pessoal Funcional	15.54	3.06	15.71	3.2	16.59	3.19
Desconforto/Tensão em Situações Assertivas						
Expressão e gestão de limitações pessoais	11.34	4.59	10.62	4.08	9.79	3.39
Assertividade de iniciativa	13.02	4.48	12.35	4.06	11.58	3.4
Assertividade positiva	13.67	4.91	12.63	4.87	12.32	3.91
Frequência de comportamento assertivo						
Assertividade de iniciativa	17.12	3.96	17.88	3.92	18.35	4.05

<sup>a</sup> n = 186; <sup>b</sup> n = 328; <sup>c</sup> n = 137

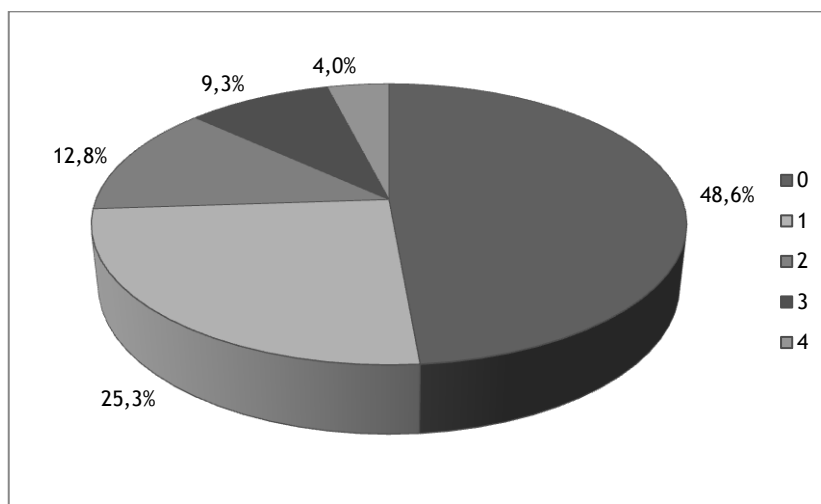
#### 6.6.4 Análise da prevalência e natureza de assertividade.

Com esta análise pretendemos conhecer como se distribuem os sujeitos por diferentes níveis de assertividade, bem como divisar os tipos de contextos sociais ou dimensões cognitivas que parecem associar-se a maiores níveis de assertividade.

##### 6.6.4.1 Esquema interpessoal assertivo.

Foram encontradas para todas as subescalas do QEIA grupos acima  $[(M + DP)]; + \infty$ , abaixo  $[0; (M - DP)]$  e na média  $]M - DP; M + DP[$ . Em seguida foram analisados os sujeitos que obtinham valores acima da média em nenhuma, uma, duas, três ou nas quatro subescalas do QEIA, o que nos permitiu concluir que cerca de metade dos sujeitos não apresenta níveis de esquema interpessoal assertivo acima da média (Gráfico 12).

Gráfico 12: Sujeitos com níveis altos de esquema assertivo



Verificámos também que 25.3% dos sujeitos ( $n = 172$ ) endossam níveis de esquema interpessoal assertivo acima da média em apenas uma dimensão cognitiva, enquanto 26.1% ( $n = 177$ ) endossam entre dois a quatro domínios cognitivos interpessoais assertivos.

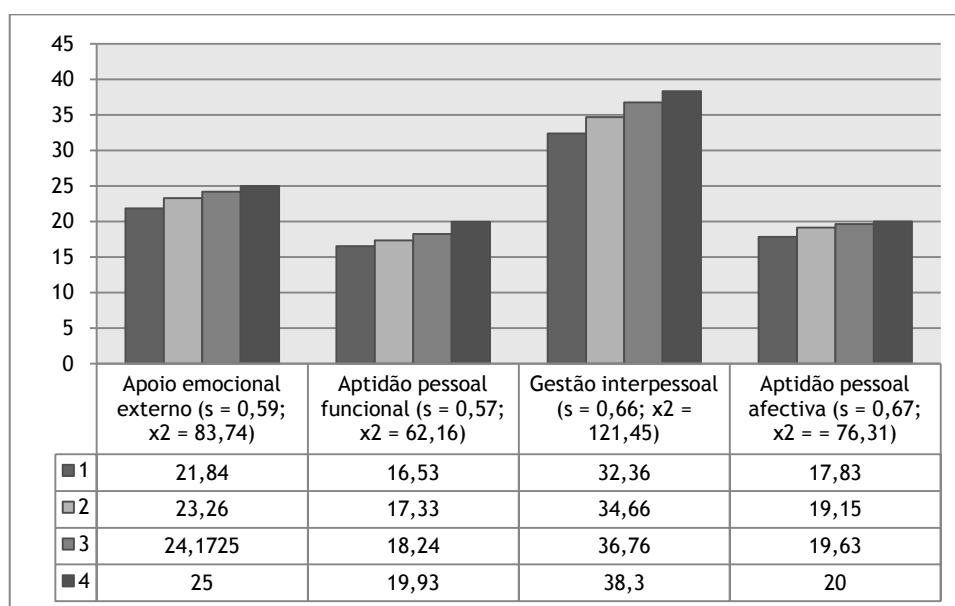
Da análise da tabela 30 pudemos verificar que não existe consistência na dimensão cognitiva que menos sujeitos endossam acima da média (a sublinhado). Pelo contrário, a maioria de sujeitos em cada grupo parece endossar principalmente a aptidão pessoal afectiva (a negrito).

Tabela 30: Frequência de sujeitos por dimensões cognitivas

	N.º de dimensões cognitivas com alta identificação pessoal			
	1 ( $n = 172$ )	2 ( $n = 87$ )	3 ( $n = 63$ )	4 ( $n = 27$ )
Apoio emocional externo	19.8%	<u>46%</u>	76.2%	100%
Aptidão pessoal funcional	29.7%	47.1%	<u>61.9%</u>	100%
Gestão interpessoal	<u>17.4%</u>	50.6%	19.4%	100%
Aptidão pessoal afectiva	<b>33.1%</b>	<b>56.3%</b>	<b>82.5%</b>	100%

Verificámos existirem correlações significativas positivas ( $p < 0.001$ ) entre os domínios cognitivos assertivos endossados acima da média e a média obtida em cada subescala: os sujeitos que mais domínios cognitivos assertivos endossam acima da média parecem ser os que mais se identificam com o esquema interpessoal assertivo.

Gráfico 13: Auto-representações endossadas por dimensões cognitivas



Igualmente, as médias obtidas por sujeitos que se identificam ao esquema assertivo em 1, 2, 3 ou 4 dimensões cognitivas (médias apresentadas na tabela anexa ao gráfico 11) são significativamente diferentes ( $p < 0.001$ ). A análise de resultados corrobora o serem os sujeitos que endossam mais dimensões cognitivas acima da média a serem os que mais se identificam a essas dimensões.

Os dados sócio-demográficos dos sujeitos se identificam ao esquema assertivo em 1, 2, 3 ou 4 dimensões cognitivas estão descritos na tabela 31.

Tabela 31: Caracterização sócio-demográfica por número de dimensões cognitivas

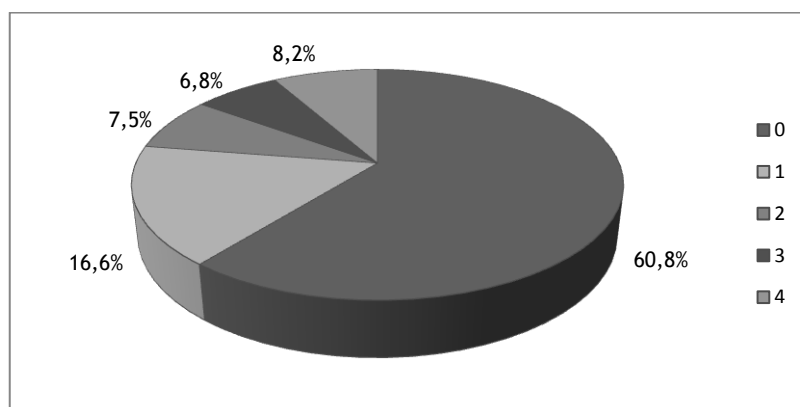
	N.º de dimensões cognitivas assertivas			
	1 (n = 110)	2 (n = 54)	3 (n = 37)	4 (n = 18)
Sexo feminino	64%	59.8%	69.8%	66.7%
Sexo masculino	36%	40.2%	30.2%	33.3%
Idade (M)	16.56	16.8	16.85	16.63
10º ano	33.1%	26.4%	15.9%	40.7%
11º ano	34.3%	32.2%	52.4%	37%
12º ano	32%	41.4%	31.7%	22.2%
NSE baixo	30.8%	26.4%	28.6%	22.2%
NSE médio	48.3%	46%	46%	44.4%
NSE alto	16.3%	23%	23.8%	33.3%
Sem reprovações	82.6%	80.5%	79.4%	74.1%
Com 1-4 reprovações	16.9%	19.5%	20.7%	25.9%

Os resultados de teste da aleatoriedade da distribuição dos sujeitos por grupos de dimensões cognitivas com alto endosso, demonstram que a distribuição é aleatória em função do sexo [ $\chi^2(1,4) = 3.92$ ;  $p = 0.417$ ] e NSE [ $\chi^2(1,8) = 5.85$ ;  $p = 0.664$ ]. Já por ano de escolaridade verificamos uma distribuição tendencialmente não aleatória [ $\chi^2(1,8) = 16.16$ ;  $p = 0.04$ ], sendo que o número de alunos do 10º ano vai diminuindo à medida que são endossadas mais dimensões cognitivas, à exceção do grupo que endossa acima da média todas estas dimensões. Não verificamos uma correlação significativa entre a identificação ao esquema interpessoal assertivo e o número de reprovações ( $r = -0.04$ ,  $p = 0.303$ ). A média de idades dos vários grupos não é significativamente diferente [ $F(376,4) = 1.11$ ;  $p = 0.349$ ].

#### 6.6.4.2 Desconforto assertivo.

Foram encontrados para todas as subescalas da escala DT da ECI grupos acima [ $(M + DP; +\infty)$ ], abaixo [ $0; (M - DP)$ ] e na média [ $M - DP; M + DP$ ]. Em seguida foram analisados os sujeitos que obtiveram valores abaixo da média em uma ou várias sub-escalas da ECI na escala de desconforto/tensão, o que indica maiores níveis de assertividade. Verificamos que a maioria dos sujeitos não apresenta qualquer nível de desconforto ou tensão abaixo da média, indicador de assertividade (Gráfico 14).

Gráfico 14: Sujeitos com níveis baixos de desconforto assertivo



Apenas 39.1% da amostra ( $n = 266$ ) da amostra apresentou desconforto assertivo abaixo da média em entre uma e quatro tipos de situações sociais. Da análise da tabela 2 pudemos verificar que a expressão e gestão de limitações sociais parece ser a área em que mais alunos experienciam níveis de desconforto assertivo abaixo da média (a negrito), enquanto tomar a iniciativa parece ser a área em que menos alunos se sentem à vontade (a sublinhado; Tabela 32).

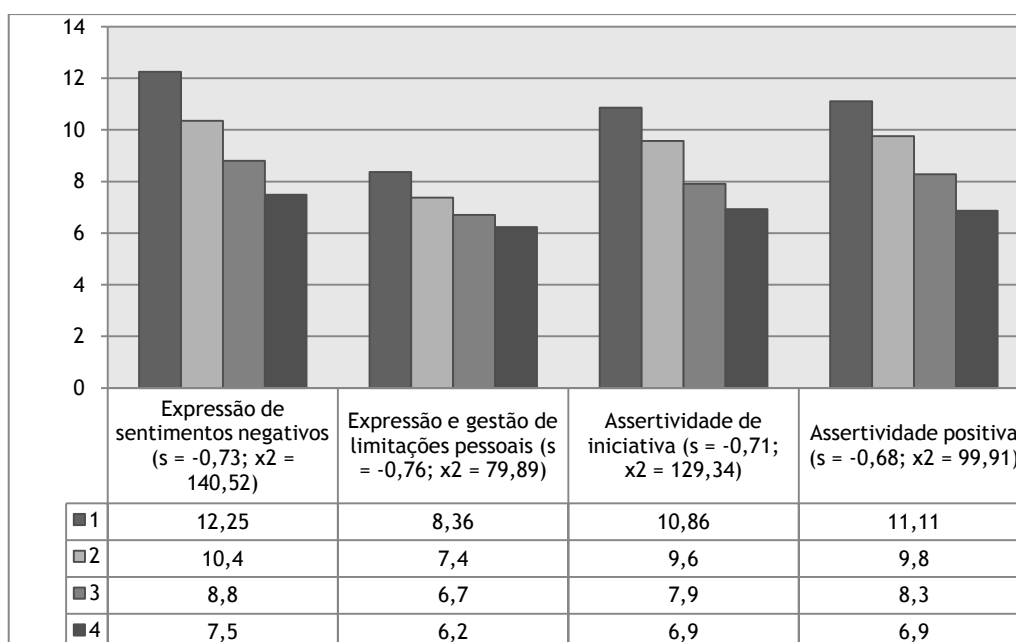


Tabela 32: Frequência de sujeitos por número de dimensões sociais com baixo desconforto

	N.º de dimensões sociais com baixo desconforto			
	1	2	3	4
	(n = 113)	(n = 51)	(n = 46)	(n = 56)
Expressão de sentimentos negativos	<u>16.8%</u>	45.1%	78.3%	100%
Expressão e gestão de limitações pessoais	<b>42.5%</b>	<b>72.5%</b>	<b>80.4%</b>	100%
Assertividade de iniciativa	17.7%	<u>37.3%</u>	<u>73.9%</u>	100%
Assertividade positiva	23%	45.1%	67.4%	100%

Verificámos existirem correlações significativas negativas ( $p < 0.001$ ) entre o número de dimensões sociais em que o sujeito sente níveis baixos de desconforto e a média obtida em cada subescala: os sujeitos que se sentem confortáveis no maior número de situações são também os que experienciam menor intensidade de desconforto assertivo (Gráfico 15).

Gráfico 15: Níveis de desconforto dimensões sociais



Igualmente, as médias obtidas por sujeitos com diferente número de situações sociais endossadas como suscitando desconforto abaixo da média (apresentadas na tabela anexa ao gráfico 13) são significativamente diferentes ( $p < 0.001$ ). A análise de resultados indica serem os alunos que se sentem confortáveis em mais situações sociais a sentir menor intensidade de desconforto.

Relativamente aos dados sócio-demográficos destes sujeitos (Tabela 33), podemos verificar que existe uma distribuição relativamente homogénea por sexo, menos evidente nos grupos que endossam apenas uma ou duas dimensões sociais como de baixo desconforto [ $\chi^2(1,4) = 2.76$ ;  $p = 0.559$ ]. O mesmo se verifica em relação à distribuição de sujeitos por ano de escolaridade [ $\chi^2(1,4) = 9.2$ ;  $p = 0.326$ ], NSE [ $\chi^2(1,4) = 5.85$ ;  $p = 0.664$ ] e história de fracasso escolar [ $\chi^2(1,4) = 6.79$ ;  $p = 0.138$ ], sendo que o número de correlações não se correlacionou de forma significativa com o nível de desconforto assertivo auto-relatado ( $r = 0.71$ ;  $p = 0.061$ ). A média de idades dos vários grupos considerados é semelhante [ $F(676,4) = 7.09$ ;  $p = 0.363$ ].

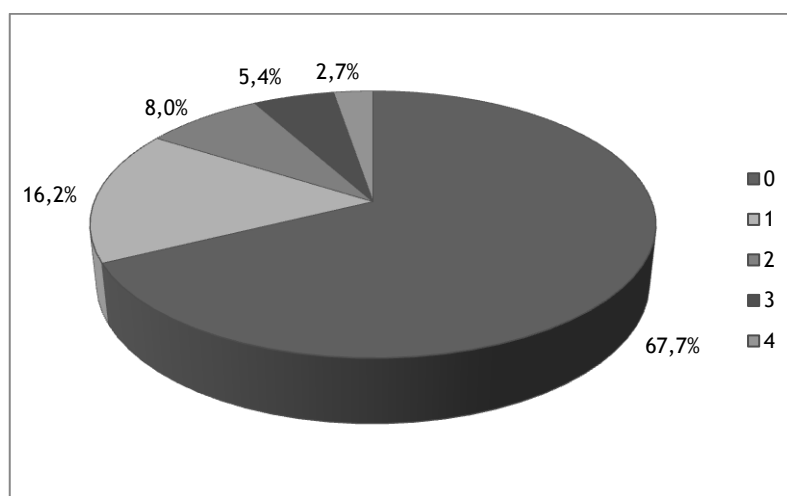
Tabela 33: Caracterização sócio-demográfica por número de dimensões sociais com baixo nível de desconforto

	N.º de situações sociais ansiógenas			
	1 (n = 109)	2 (n = 56)	3 (n = 35)	4 (n = 30)
Sexo feminino	60.2%	60.8%	56.5%	53.6%
Sexo masculino	39.8%	39.2%	43.5%	46.4%
Idade (M)	16.58	16.63	16.82	16.93
10º ano	31.9%	41.2%	19.6%	35.3%
11º ano	37.2%	39.2%	43.5%	30.4%
12º ano	31%	17.6%	34.8%	33.9%
NSE baixo	23%	27.5%	17.4%	28.6%
NSE médio	51.35	45.1%	56.5%	42.9%
NSE alto	23.9%	21.6%	23.9%	19.6%
Sem reprovações	80.5%	68.6%	76.1%	69.6%
Com 1-4 reprovações	19.5%	31.3%	21.8%	52.1%

#### 6.6.4.3 Frequência de comportamento assertivo.

Foram encontrados para todas as subescalas da vertente frequência de comportamento da ECI grupos acima  $[(M + DP); +\infty]$ , abaixo  $[0; (M - DP)]$  e na média  $[M - DP; M + DP]$ . Em seguida foram analisados os sujeitos que obtinham valores acima da média em nenhuma, uma, duas, três ou quatro subescalas da ECI na escala de frequência de comportamento. Verificámos que a maioria dos sujeitos não apresenta frequência de comportamento acima da média, indicador de assertividade, em nenhuma dimensão social considerada (Gráfico 16).

Gráfico 16: Sujeitos com alta frequência de comportamento assertivo



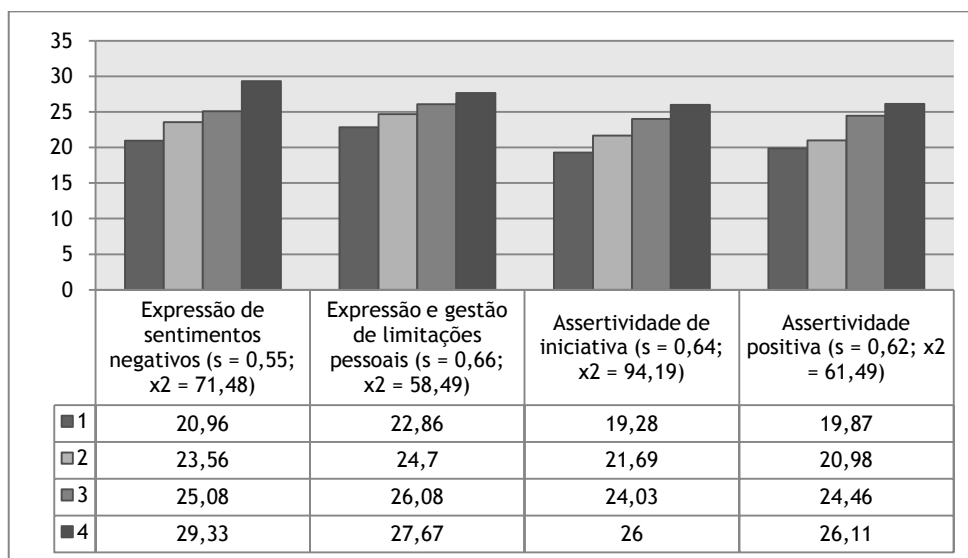
Apenas 32.3% da amostra ( $n = 219$ ) da amostra apresentou frequência de comportamento assertivo acima da média em entre uma e quatro tipos de situações sociais. Da análise da tabela 34 pudemos verificar que não existe consistência na dimensão social onde mais sujeitos relatam prática de comportamento assertivo acima da média (a negrito). Pelo contrário, a minoria dos sujeitos parece praticar comportamentos acima da média no que se refere à expressão de sentimentos negativos (a sublinhado).

Tabela 34: Frequência de sujeitos por número de dimensões sociais com alta frequência de comportamento

	N.º de dimensões sociais com alta frequência de comportamento			
	1 (n = 110)	2 (n = 54)	3 (n = 37)	4 (n = 18)
Expressão de sentimentos negativos	<u>1.8%</u>	<u>22.2%</u>	<u>35.1%</u>	100%
Expressão e gestão de limitações pessoais	32.7%	<b>66.7%</b>	78.4%	100%
Assertividade de iniciativa	21.8%	57.4%	<b>94.6%</b>	100%
Assertividade positiva	<b>43.6%</b>	53.7%	91.9%	100%

Verificámos existirem correlações significativas negativas ( $p < 0.001$ ) entre o número de dimensões sociais em que o sujeito pratica alta frequência de comportamentos assertivos e a média obtida em cada subescala: os sujeitos que se praticam comportamentos assertivos em mais dimensões sociais são também os que os praticam com mais frequência (Gráfico 17).

Gráfico 17: Níveis frequência de comportamento por dimensões sociais



Igualmente, as médias obtidas por sujeitos com diferente número de situações sociais em que praticam frequentemente comportamentos assertivos (apresentadas na tabela anexa ao gráfico 15) são significativamente diferentes ( $p < 0.001$ ). A análise dos resultados indica que os sujeitos que praticam comportamentos assertivos em mais situações também os praticam com maior frequência.

Os dados sócio-demográficos dos sujeitos com frequência de comportamento assertivo acima da média em 1, 2, 3 ou 4 dimensões sociais são descritos na Tabela 35.

Tabela 35: Caracterização sócio-demográfica por número de dimensões sociais com alta frequência de comportamento

	N.º de dimensões com frequência de comportamento			
	1 (n = 110)	2 (n = 54)	3 (n = 37)	4 (n = 18)
Sexo feminino	65.5%	59.3%	48.6%	44.4%
Sexo masculino	34.5%	40.7%	48.6%	55.6%
Idade (M)	16.86	16.62	16.97	17.11
10º ano	20.9%	37%	32.4%	27.8%
11º ano	38.2%	31.5%	37.8%	33.3%
12º ano	40.9%	31.5%	29.7%	38.9%
NSE baixo	21.8%	27.8%	18.9%	11.1%
NSE médio	50.9%	37%	51.4%	61.1%
NSE alto	25.5%	29.6%	21.6%	22.2%
Sem reprovações	79.1%	77.8%	67.6%	72.2%
Com 1-4 reprovações	20.9%	22.2%	32.4%	27.8%

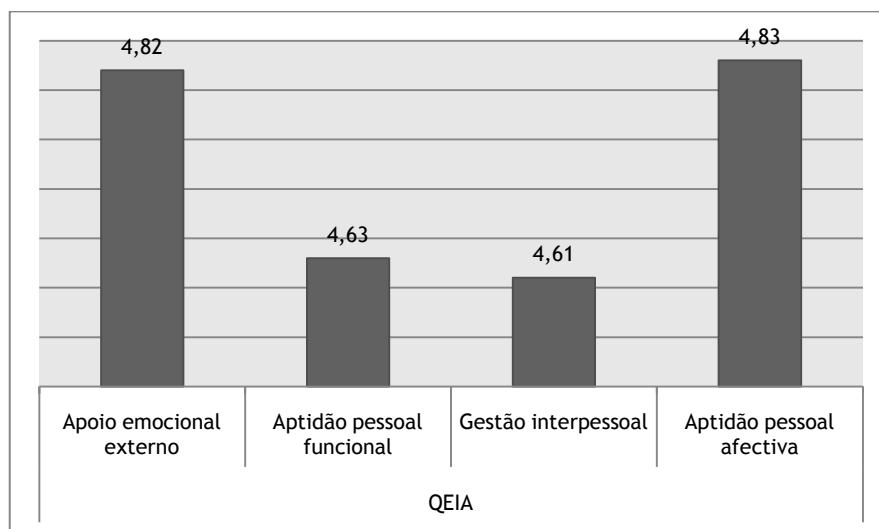
Os resultados de teste da aleatoriedade da distribuição dos sujeitos por grupos de dimensões sociais com alta frequência de comportamento assertivo, demonstram que a distribuição é aleatória em função do sexo [ $\chi^2(1,4) = 5.19$ ;  $p = 0.269$ ], ano de escolaridade [ $\chi^2(1,8) = 9.47$ ;  $p = 0.304$ ], NSE [ $\chi^2(1,8) = 12.78$ ;  $p = 0.12$ ], e história de fracasso escolar [ $\chi^2(1,4) = 3.5$ ;  $p = 0.477$ ]. Igualmente, não verificámos uma correlação significativa entre a prática de comportamento assertivo e o número de reprovações ( $r = 0.062$ ;  $p = 0.107$ ). A média de idades dos vários grupos parece diferenciar-se de forma significativa [ $F(376;4) = 2.49$ ;  $p = 0.043$ ], mas a análise por comparação de cada par com um nível de significância ajustado ( $p = 0.008$ ) não indica quaisquer diferenças significativas.

#### ***6.6.4.4 Coincidência de sintomas emocionais, comportamentais e cognitivos na assertividade.***

A competência assertiva tem sido associada simultaneamente a uma representação cognitiva positiva de si próprio e do mundo social, a níveis de desconforto em interações sociais reduzidos e de alta frequência de prática de comportamento assertivo. Considerando estes critérios, verificamos que apenas 9.87% da amostra ( $n = 67$ ) apresentam níveis de assertividade acima da média. Estes 67 sujeitos distribuem-se de forma relativamente equitativa por sexo, sendo que 58.2% são do sexo feminino ( $n = 39$ ) e 41.8% são do sexo masculino ( $n = 28$ ). No que se refere ao ano de escolaridade, 46.3% dos sujeitos frequentam o 11º ano ( $n = 31$ ), enquanto 26.9% frequentam o 10º e o 12º ano ( $n = 18$ ). A maioria destes sujeitos não apresenta qualquer reprovação no seu percurso escolar ( $n = 46$ ; 68.7%). No que se refere ao NSE, 23.9% destes sujeitos pertencem ao NSE médio ( $n = 33$ ), enquanto 36% pertencem ao NSE baixo e alto ( $n = 16$ ). A média de idades deste grupo de sujeito é de 16.86 anos ( $DP = 1.19$ ), não divergindo de forma significativa da amostra total ( $t = 1.26$ ;  $p = 0.21$ ).

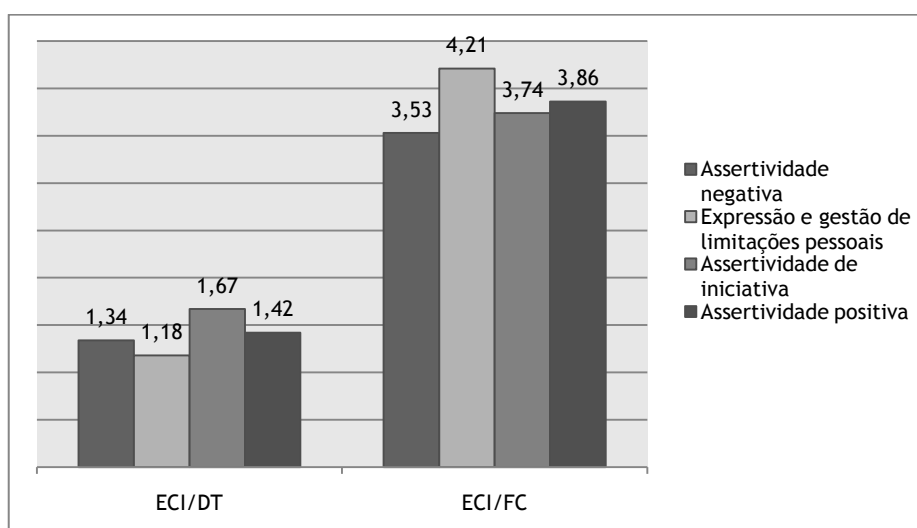
Para este grupo, considerando as médias ponderadas das subescalas do QEIA, a componente do esquema assertivo mais saliente, a nível de significância ajustado de 0.008 (teste de wilcoxon para 6 pares de médias emparelhadas) é a aptidão pessoal afectiva, em comparação com a gestão interpessoal e a aptidão pessoal funcional, seguida do apoio emocional externo (Gráfico 18).

Gráfico 18: Identificação a esquema assertivo em sujeitos com coincidência de sintomas



Também considerando as médias ponderadas obtidas a cada subescala, e relativamente aos níveis de desconforto ou tensão, os resultados indicam que a expressão e gestão de limitações pessoais é, para este grupo, o contexto que suscita menores níveis de desconforto, a um nível de significância ajustado de 0.008 (teste de wilcoxon para 6 pares de médias emparelhadas). É também este contexto o que suscita maior frequência de comportamento assertivo, em comparação com assertividade de iniciativa e positiva, mas não com assertividade negativa, a um nível de significância ajustado de 0.008 (teste t para 6 pares de médias emparelhadas; Gráfico 19).

Gráfico 19: Desconforto e frequência de comportamento em sujeitos com coincidência de sintomas



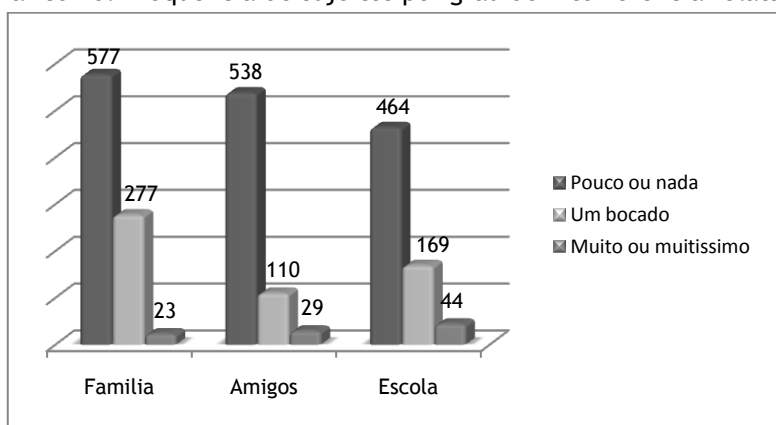
#### 6.6.5 Ansiedade social, assertividade e interferência social e académica.

A ansiedade social e o défice assertivo representam limitações sociais que podem interferir no nível de funcionamento social, com família e pares, e académico do adolescente.

##### 6.6.5.1 Níveis de interferência social e académica.

Verificámos que o número de sujeitos que refere um grau de interferência muito ou muitíssimo elevado é superior relativamente à escola, seguida dos amigos e da família. O inverso se verifica para o grau de interferência relatado como pouco ou nada (Gráfico 20).

Gráfico 20: Frequência de sujeitos por grau de interferência relatado



Os níveis de interferência relatados não se mostraram significativamente diferentes quer em função do sexo, do ano de escolaridade, do nível socioeconómico ou da história de reprovações do adolescente.

##### 6.6.5.2 Ansiedade social e interferência social e académica.

Encontrámos correlações positivas significativas entre as medidas de pensamentos sociais negativos, ansiedade e evitamento de situações sociais e as medidas de interferência social e cognitiva, quer considerando as medidas completas, quer considerando as subescalas (Tabela 36).

Tabela 36: Associação entre medidas de ansiedade social e interferência

	Interferência com família	Interferência com amigos	Interferência na escola
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	0.21**	0.42**	0.42**
(1) Desconforto na interação social	0.2**	0.42**	0.39**
(2) Desconforto no desempenho público	0.19**	0.36**	0.41**
Ansiedade em Situações Sociais	0.21**	0.38**	0.41**
(1) Interação com o sexo oposto	0.16**	0.3**	0.28**
(2) Interação assertiva	0.21**	0.29**	0.34**
(3) Observação por outros	0.23**	0.38**	0.39**
(4) Interação em situações sociais novas	0.15**	0.33**	0.33**
(5) Desempenho situações sociais formais	0.12**	0.28**	0.35**
(6) Comer e beber em público	0.15**	0.29**	0.3**
Evitamento de situações sociais	0.21**	0.37**	0.37**
(1) Interação com o sexo oposto	0.14**	0.25**	0.17**
(2) Interação assertiva	0.21**	0.29**	0.28**
(3) Observação por outros	0.22**	0.29**	0.29**
(4) Interação em situações sociais novas	0.12**	0.22**	0.22**
(5) Desempenho situações sociais formais	0.16**	0.25**	0.33**
(6) Comer e beber em público	0.16**	0.25**	0.2**

\*\* p &lt; 0.001

Os resultados permitem concluir que quanto maior os níveis sintomáticos de ansiedade social maior a interferência relatada nas várias áreas. De notar que as correlações são mais fortes no que se refere à interferência na relação com pares e ao desempenho académico. A corroborar estes dados, verificámos que os sujeitos com pensamentos sociais negativos, ansiedade e evitamento de situações sociais acima da média referem sempre níveis de interferência significativamente mais altos, do que sujeitos com pensamentos sociais negativos, ansiedade e evitamento de situações sociais na média ou abaixo dela (Tabela 37).



Tabela 37: Média de interferência por nível de sintomatologia ansiosa

	Interferência com família		Interferência com amigos		Interferência na escola	
	M	DP	M	DP	M	DP
Pensamentos Sociais Negativos						
(1) Abaixo da Média	1.79	0.77	1.5	0.73	1.53	0.83
(2) Na média	1.55	0.75	1.8	0.72	2.08	0.8
(3) Acima da média	1.83	0.9	2.29	0.98	2.61	0.97
	F(2,275) = 8.95**		F(2,676) = 52.12**		F(2,676) = 52.98**	
	(1)≠(3) <sup>+</sup> ; (2)≠(3) <sup>+</sup>		(1)≠(2) <sup>+</sup> ; (1)≠(3) <sup>+</sup> ; (2)≠(3) <sup>+</sup>		(1)≠(2) <sup>+</sup> ; (1)≠(3) <sup>+</sup> ; (2)≠(3) <sup>+</sup>	
Ansiedade em situações sociais						
(1) Abaixo da Média	1.51	0.76	1.53	0.72	1.8	0.77
(2) Na média	1.5	0.78	1.77	0.76	2.07	0.72
(3) Acima da média	1.88	0.95	2.26	0.96	2.58	0.98
	F(2,275) = 15.54**		F(2,676) = 46.27**		F(2,676) = 51.13**	
	(1)≠(3) <sup>+</sup> ; (2)≠(3) <sup>+</sup>		(1)≠(2) <sup>+</sup> ; (1)≠(3) <sup>+</sup> ; (2)≠(3) <sup>+</sup>		(1)≠(2) <sup>+</sup> ; (1)≠(3) <sup>+</sup> ; (2)≠(3) <sup>+</sup>	
Evitamento de situações sociais						
(1) Abaixo da Média	1.42	0.67	1.5	0.68	1.8	0.72
(2) Na média	1.69	0.85	1.82	0.78	2.05	0.78
(3) Acima da média	1.8	0.93	2.25	0.97	2.6	1
	F(2,275) = 13.26**		F(2,676) = 47.95**		F(2,676) = 53.81**	
	(1)≠(3) <sup>+</sup> ; (2)≠(3) <sup>+</sup>		(1)≠(2) <sup>+</sup> ; (1)≠(3) <sup>+</sup> ; (2)≠(3) <sup>+</sup>		(1)≠(2) <sup>+</sup> ; (1)≠(3) <sup>+</sup> ; (2)≠(3) <sup>+</sup>	

\*\* p &lt; 0.001; \* p &lt; 0.01

Por fim, considerando o critério de ansiedade suscitada em situações sociais, que mais directamente se coaduna com a definição de ansiedade social (A.P.A., 2002), verificámos que os alunos que apenas sentem ansiedade acima da média em um tipo de situação social, comparativamente aos alunos que referem níveis de ansiedade acima da média face a entre 2 e 6 contextos sociais, expressam níveis significativamente mais baixos de interferência, quer na relação com a família ( $t = -4.48$ ;  $p < 0.001$ ), com os amigos ( $t = -6.61$ ;  $p < 0.001$ ), ou na escola ( $t = -5.15$ ;  $p < 0.001$ ). As médias destes dois grupos podem ser vistas na tabela 38.

Tabela 38: Média de interferência por contextos sociais

	Interferência com família		Interferência com amigos		Interferência na escola	
	M	DP	M	DP	M	DP
Ansiedade em um contexto social	0.71	0.07	0.79	0.08	0.87	0.08
Ansiedade em entre 2 a 6 contextos sociais	1.02	0.08	0.98	0.08	0.97	0.08

### 6.6.5.3 Assertividade e interferência social e académica.

Encontrámos correlações negativas significativas entre a medida completa de crenças interpessoais assertivas e os níveis de interferência relatados, correlações positivas significativas entre o desconforto em situações assertivas e os níveis de interferência relatados, quer considerando as medidas completas, quer considerando as subescalas (Tabela 39). No que se refere às medidas de frequência de comportamento assertivo, as correlações encontradas nem sempre foram significativas.

Tabela 39: Associação entre medidas de assertividade e interferência

	Interferência com família	Interferência com amigos	Interferência na escola
Crenças interpessoais assertivas	-0.21**	-0.3**	-0.38**
Apoio emocional externo	-0.19**	-0.27**	-0.29**
Aptidão pessoal funcional	-0.12**	-0.13**	-0.28**
Gestão interpessoal	-0.15**	-0.27**	-0.3**
Aptidão pessoal afectiva	-0.15**	-0.21**	-0.27**
Desconforto em situações assertivas	0.23**	0.36**	0.35**
Assertividade negativa	0.19**	0.3**	0.31**
Expressão e gestão de limitações pessoais	0.23**	0.32**	0.32**
Assertividade de iniciativa	0.2**	0.35**	0.34**
Assertividade positiva	0.2**	0.32**	0.3**
Frequência de comportamento assertivo	n.s.	-0.1*	n.s.
Assertividade negativa	n.s.	n.s.	n.s.
Expressão e gestão de limitações pessoais	n.s.	-0.08*	n.s.
Assertividade de iniciativa	n.s.	-0.1*	-0.8*
Assertividade positiva	n.s.	-0.13*	-0.8*

\*\* p < 0.001; \* p < 0.01; n.s. = não significativo

Os resultados obtidos indicam, ainda, que os sujeitos que endossam crenças interpessoais assertivas acima da média relatam, também, níveis significativamente mais baixos de interferência nas várias áreas consideradas. O mesmo se passa para os sujeitos que referem prática de comportamento assertivo acima da média, embora a diferença nem sempre seja significativa, nomeadamente na interferência sentida com a família (Tabela 40).

Tabela 40: Média de interferência por nível de assertividade

	Interferência com família		Interferência com amigos		Interferência na escola	
	M	DP	M	DP	M	DP
Crenças interpessoais assertivas						
(1) Abaixo da Média	1.81	0.92	2.18	1	2.53	0.96
(2) Na média	1.65	0.86	1.8	0.78	2.15	0.85
(3) Acima da média	1.42	0.66	1.56	0.69	1.73	0.71
	F(2,675) = 12.77**		F(2,676) = 31.37**		F(2,676) = 50.06**	
	1≠(3)*; (2)≠(3) +		(1)≠(2)*; (1)≠(3)*; (2)≠(3)*		(1)≠(2)*; (1)≠(3)*; (2)≠(3)*	
Desconforto em situações assertivas						
(1) Abaixo da Média	1.49	0.77	1.53	0.72	1.82	0.76
(2) Na média	1.58	0.77	1.81	0.77	2.12	0.83
(3) Acima da média	1.84	0.93	2.23	0.93	2.51	1
	F(2,657) = 11.08**		F(2,676) = 41.32**		F(2,676) = 39.93**	
	(1)≠(3)*; (2)≠(3)*		(1)≠(2)*; (1)≠(3)*; (2)≠(3)*		(1)≠(2)*; (1)≠(3)*; (2)≠(3)*	
Prática de comportamento assertivo						
(1) Abaixo da Média	1.65	0.86	1.96	0.95	2.2	0.96
(2) Na média	1.67	0.84	1.92	0.87	2.22	0.89
(3) Acima da média	1.57	0.8	1.66	0.75	2	0.85
	n.s.		F(2,676) = 7.38*		F(2,676) = 3.92*	
			(1)≠(3)*; (2)≠(3)*		(2)≠(3) +	

\*\*\* p < 0.001; \* p < 0.01; + p < 0.05; n.s. = não significativo

No que se refere ao desconforto sentido em situações assertivas, verificámos que o grupo de sujeitos acima da média expressa níveis de interferência significativamente mais elevados do que sujeitos com níveis de desconforto na média ou abaixo dela (Tabela 40).

Por fim, considerando o critério de frequência de comportamento usualmente mais associado à definição de assertividade (Vagos & Pereira, 2009b) verificámos que os sujeitos que relatam frequência de comportamento assertivo em entre 2 a 4 contextos sociais, comparativamente aqueles que a referem em apenas um contexto social, expressam níveis mais baixos de interferência na relação com amigos ( $t = 2.08$ ;  $p < 0.05$ ). Para o primeiro grupo, a média de interferência expressa é de 1.79 (DP = 0.77) enquanto para o segundo é de 1.58 (DP = 0.72).

### 6.6.6 Perfil psicológico de ansiedade social.

De acordo com o modelo cognitivo de funcionamento psicológico, esperávamos que as variáveis relativas ao constructo de ansiedade social estivessem significativamente correlacionadas. Ainda, a cognição seria forte preditor da ansiedade e de evitamento comportamental.

Os resultados obtidos confirmam a hipótese colocada no que respeita às medidas consideradas para a variável primária ansiedade social. Os resultados da escala de pensamentos sociais negativos correlacionaram-se de forma significativa positiva com os resultados da escala de ansiedade ( $r_s = 0.61$ ;  $p < 0.001$ ) e da escala de evitamento comportamental ( $r_s = 0.51$ ;  $p < 0.001$ ). Os resultados da escala de ansiedade, por sua vez, correlacionaram-se de forma significativa e positiva com os da escala de evitamento ( $r_s = 0.74$ ;  $p < 0.001$ ). O mesmo padrão de resultados foi encontrado ao considerar as subescalas de cada medida em particular (Tabela 41).

Tabela 41: Correlação entre medidas de ansiedade social

	EPCS		Evitamento de Situações sociais					
	(1)	(2)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais								
(1) Desconforto na interacção social	-	0.78**	0.28**	0.4**	0.31**	0.34**	0.38**	0.33**
(2) Desconforto no desempenho público	-	-	0.29**	0.4**	0.28**	0.33**	0.42**	0.27**
Ansiedade em Situações Sociais								
(1) Interacção com o sexo oposto	0.42**	<b>0.44**</b>	<b>0.71**</b>	0.47**	0.36**	0.37**	0.37**	0.4**
(2) Interacção assertiva	0.44**	<b>0.52**</b>	0.45**	<b>0.55**</b>	0.35**	0.4**	0.43**	0.43**
(3) Observação por outros	0.45**	<b>0.46**</b>	0.41**	0.45**	<b>0.61**</b>	0.36**	0.36**	0.41**
(4) Interacção em situações sociais novas	0.51**	<b>0.52**</b>	0.37**	0.55**	0.31**	<b>0.59**</b>	0.4**	0.34**
(5) Desempenho situações sociais formais	0.47**	<b>0.55**</b>	0.34**	0.4**	0.35**	0.41**	<b>0.7**</b>	0.36**
(6) Comer e beber em público	0.37**	<b>0.37**</b>	0.38**	0.33**	0.36**	0.34**	0.31**	<b>0.59**</b>

Nota: EPCS = Escala de Pensamentos e Crenças Sociais

\*\*  $p < 0.001$

A subescala de desconforto no desempenho público foi a que obteve correlações mais fortes com as subescalas de ansiedade em situações sociais (valores de correlação de *spearman* entre 0.37 e 0.52;  $p < 0.001$ , a negrito). As subescalas correspondentes de ansiedade e evitamento social foram as que obtiveram correlações mais fortes entre si (valores de correlação de *spearman* entre 0.72 e 0.54;  $p < 0.001$ , a negrito).

Por recurso a análise regressivas lineares, comprovámos que a medida completa de cognição foi preditor significativo das medidas completas de ansiedade [ $F(678, 1) = 407.88$ ;  $p < 0.001$ ], e de evitamento comportamental [ $F(678, 1) = 973.98$ ;  $p < 0.001$ ] (Tabela 42).

Tabela 42: Análise regressiva sobre preditores de ansiedade social e evitamento comportamental

	B	t	R <sup>2</sup>
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais <sup>a</sup>	0.613	20.196**	0.376
Desconforto no desempenho público <sup>a</sup>	0.427	8.95**	
Desconforto na interacção social <sup>a</sup>	0.231	4.87**	0.388
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais <sup>b</sup>	0.452	13.19**	0.204
Desconforto no desempenho público <sup>b</sup>	0.256	4.705**	
Desconforto na interacção social <sup>b</sup>	0.225	4.13**	0.205

<sup>a</sup> Variável dependente = ansiedade. <sup>b</sup> Variável dependente = evitamento.

\*\* p < 0.001

Igualmente, por análise regressiva múltipla com método *stepwise*, foi possível concluir que ambas as dimensões de pensamentos sociais negativos surgem como preditores significativos das medidas completas de ansiedade [ $F(678, 2) = 214.37$ ;  $p < 0.001$ ] e de evitamento comportamental [ $F(678, 2) = 87.12$ ;  $p < 0.001$ ], em 38.8% e 20.5% da variância de resultados, respectivamente (Tabela 42).

#### 6.6.7 Perfil psicológico de assertividade.

De acordo com o modelo cognitivo de funcionamento psicológico, esperávamos que as variáveis relativas ao constructo de assertividade estivessem significativamente correlacionadas. Ainda, a cognição seria forte preditor do desconforto e frequência de comportamento assertivo.

Os resultados relativos às medidas da variável primária assertividade confirmam a hipótese postulada. Os resultados na medida de esquema interpessoal assertivo associaram-se de forma significativa e negativa aos resultados da medida de desconforto ou tensão ao ser assertivo ( $r_s = -0.33$ ;  $p < 0.001$ ) e positiva aos resultados da medida de frequência de comportamento assertivo ( $r_s = 0.36$ ;  $p < 0.001$ ). Os resultados na medida de desconforto ou tensão ao ser assertivo, por sua vez, surgiram correlacionados de forma significativa e negativa com os resultados da medida de frequência de comportamento assertivo ( $r_s = -0.20$ ;  $p < 0.001$ ). O mesmo padrão foi verificado em relação às subescalas que compõem cada instrumento (Tabela 43).

Tabela 43: Correlação entre medidas de assertividade

	Esquema Interpessoal Assertivo				Frequência de Comportamento Assertivo			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)
Esquema Interpessoal Assertivo								
(1) Apoio emocional externo	-	0.26**	0.56**	0.60**	0.1*	0.24**	0.18**	0.27**
(2) Aptidão pessoal funcional	-	-	0.51**	0.40**	0.2**	0.15**	0.25**	0.15**
(3) Gestão interpessoal	-	-	-	0.57**	0.24**	0.26**	0.32**	0.29**
(4) Aptidão interpessoal afectiva	-	-	-	-	0.13**	0.19**	0.22**	0.32**
Desconforto em Situações Assertivas								
(1) Assertividade negativa	-0.15**	-0.20**	-0.30**	-0.13*	-0.14**	n.s.	-0.17**	-0.12*
(2) Expressão e gestão de limitações pessoais	-0.18**	-0.20**	-0.29**	-0.13*	-0.09*	-0.22**	-0.21**	-0.12*
(3) Assertividade de iniciativa	-0.18**	-0.21**	-0.29**	-0.12*	-0.12*	-0.09*	-0.26**	-0.14**
(4) Assertividade positiva	-0.1*	-0.21**	-0.27**	-0.18	n.s.	n.s.	-0.14**	-0.22**

\*\* p < 0.001; \* p < 0.01; + p < 0.05; n.s. = não significativo

As correlações encontradas entre subescalas referentes à cognição na assertividade e o desconforto/tensão ao ser assertivo foram sempre significativas e negativas (valores de correlação de *spearman* entre -0.1; p < 0.05 e -0.30; p < 0.001). Pelo contrário, as correlações entre as subescalas referentes à cognição na assertividade e a frequência de comportamento assertivo foram sempre significativas e positivas (valores de correlação entre 0.01; p < 0.05 e 0.32; p < 0.001). A subescala cognitiva que obteve correlações mais fortes com as medidas de desconforto ou tensão ao ser assertivo e frequência de comportamento assertivo foi a gestão interpessoal. Já as correlações encontradas entre o desconforto ou tensão ao ser assertivo e a frequência de comportamento assertivo foram negativas, mas muito baixas (valores de correlação de *spearman* entre 0.09; p < 0.05 e 0.26; p < 0.001) e nem sempre significativas.

Por recurso a análise linear regressiva (Tabela 44), verificamos que o nível de escala completa de esquema assertivo endossado surge como preditor significativo do nível de desconforto ou tensão sentido ao ser assertivo [F (678,1) = 67.27; p < 0.001] e da frequência de comportamento assertivo [F (678,1) = 87.47; p < 0.001].

Tabela 44: Análise regressiva sobre preditores de desconforto e frequência de comportamento

	B	t	R <sup>2</sup>
Esquema interpessoal assertivo <sup>a</sup>	-0.301	-8.20**	0.09
Gestão interpessoal <sup>a</sup>	-0.28	-6.64**	
Aptidão pessoal funcional <sup>a</sup>	-0.088	-2.09*	0.111
Esquema interpessoal assertivo <sup>b</sup>	0.338	9.35**	0.114
Gestão interpessoal <sup>b</sup>	0.273	6.184**	
Aptidão pessoal afectiva <sup>b</sup>	0.101	2.297*	0.117

<sup>a</sup> Variável dependente = desconforto/ tensão assertiva. <sup>b</sup> Variável dependente = frequência de comportamento assertivo.

\*\* p < 0.001; \* p < 0.05

Por fim, por análise de regressão múltipla pelo método *stepwise*, verificámos que apenas duas dimensões cognitivas do esquema assertivo parecem prever o desconforto ou tensão assertiva ou a frequência de comportamento assertivo. No primeiro caso, trata-se das subescalas de gestão interpessoal e aptidão pessoal funcional [ $F(678,2) = 42.18$ ;  $p < 0.001$ ], embora a variância predita por este modelo seja muito reduzida (11.1%). No segundo caso, salientaram-se como preditores significativos a gestão interpessoal e a aptidão pessoal afectiva [ $F(678,2) = 44.58$ ;  $p < 0.001$ ], ainda que a predição de variância na variável dependente seja muito reduzida (11.7%).

#### 6.6.8 Associação entre Ansiedade Social e Assertividade.

Considerando os constructos avaliados, esperávamos encontrar correlações negativas significativas entre as medidas assertivas cognitivas e comportamentais e as medidas cognitivas, comportamentais e afectivas de ansiedade social. Pelo contrário, considerando que a escala ECI/DT mede o nível de desconforto ao ser assertivo e, portanto, diminuídas competências assertivas, esperávamos encontrar correlações positivas entre esta medida assertiva e todas as medidas de ansiedade social.

##### 6.6.8.1 Correlação entre medidas de ansiedade social e assertividade.

Os resultados obtidos confirmam o esperado, já que verificámos existirem correlações significativas negativas entre a escala completa da medida cognição de assertividade e todas as medidas completas de ansiedade social. Igualmente, verificamos existirem correlações significativas negativas entre a escala completa da medida de frequência de comportamento assertivo e todas as medidas completas de ansiedade social. A escala completa da medida de

desconforto ou tensão assertivo correlacionou-se de forma significativa e positiva com todas as medidas completas de ansiedade social (Tabela 45).

Tabela 45: Correlações entre medidas de ansiedade social e assertividade

	EPCS	EAESSA/AS	EAEASSA/EV
QEIA	-0.49**	-0.36**	-0.38**
ECI/DT	0.53**	0.77**	0.59**
ECI/FC	-0.24**	-0.22**	-0.23**

\*\*p < 0.001

Verificámos, ainda, que as medidas referentes à mesma dimensão do funcionamento psicológico tendem a associar-se mais fortemente entre si (Tabela 45). O mesmo padrão de resultados foi encontrado ao considerar as várias dimensões de cada subescala (Tabela 46).



Tabela 46: Correlações entre subescalas de medidas de ansiedade social e assertividade

		Escala de Crenças e Pensamentos Sociais		Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes - Ansiedade Social						Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes - Evitamento Comportamental					
		Interacção social	Desempenho público	Interacção com sexo oposto	Interacção assertiva	Observação por outros	Interacção em situações sociais novas	Interacção em situações sociais formais	Comer e beber em público	Interacção com sexo oposto	Interacção assertiva	Observação por outros	Interacção em situações sociais novas	Interacção em situações sociais formais	Comer e beber em público
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	Apoio emocional externo	-.35**	-0.20**	-.19**	-.15**	-.18**	-.17**	-.16**	-.17**	-.13*	-.21**	-.19**	-.13**	-.18**	-.16**
	Aptidão pessoal funcional	-.29**	<b>-0.35**</b>	-.21**	-.22**	-.23**	-.18**	-.26**	-.17**	-.17**	-.19**	-.21**	-.18**	-.25**	-.13**
	Gestão interpessoal	<b>-.44**</b>	<b>-0.77**</b>	-.30**	-.27**	-.33**	-.30**	-.29**	-.21**	-.24**	-.33**	-.26**	-.23**	-.29**	-.2**
	Aptidão pessoal afectiva	<b>-.35**</b>	-0.29**	-.17**	-.12**	-.18**	-.15**	-.18**	-.14**	-.12*	-.21**	-.15**	-.11*	-.18**	-.13*
Escala de Comportamento Interpessoal -	Assertividade negativa	.42**	.44**	.52**	<b>.68**</b>	.49**	.55**	.43**	.39**	.4**	.45**	.31**	.34**	.33**	.31**
	Expressão e gestão de limitações pessoais	.44**	.45**	.58**	.61**	.50**	.52**	.49**	.46**	.44**	.41**	.35**	.36**	.42**	.37**
	Assertividade de iniciativa	.49**	.51**	<b>.61**</b>	<b>.66**</b>	<b>.56**</b>	<b>.66**</b>	<b>.54**</b>	<b>.48**</b>	.43**	.45**	.32**	.40**	.38**	.36**
	Assertividade positiva	.42**	.45**	.55**	.55**	.48**	.61**	.44**	.46**	.39**	.47**	.33**	.34**	.36**	.34**
Escala de Comportamento Interpessoal -	Assertividade negativa	-.14**	-.19**	-.14**	-.10*	-.08+	-.16**	-.16**	n.s.	-.12*	-.10*	-.09+	-.12*	n.s.	n.s.
	Expressão e gestão de limitações pessoais	-.15**	-.14**	-.13**	-.08+	-.11*	-.10*	-.15**	-.12*	-.13*	n.s.	-.14**	-.13*	-.18**	-.15**
	Assertividade de iniciativa	-.27**	-.25**	-.21**	-.18**	-.17**	-.25**	-.25**	-.16**	<b>-.18**</b>	-.14**	<b>-.16**</b>	<b>-.23**</b>	<b>-.20**</b>	<b>-.16**</b>
	Assertividade positiva	-.24**	-.20**	-.13*	-.09+	-.19**	-.21**	-.13*	-.13*	-.09+	-.16**	-.14**	-.16**	-.09+	-.12*

\*\* p &lt; 0.001; \* p &lt; 0.01; + p &lt; 0.05; n.s. = não significativo

As correlações encontradas entre as várias dimensões das medidas de cognição na ansiedade social (EPCS) e assertividade (QEIA) variaram entre -0.29 e -0.44 (Tabela 46), sendo sempre significativas ( $p < 0.001$ ). A subescala de gestão interpessoal foi a que obteve correlações mais altas, quer com a subescala desconforto na interacção social ( $r_s = -0.44$ ;  $p < 0.01$ ) quer com a subescala de desconforto no desempenho público ( $r_s = -0.38$ ;  $p < 0.001$ ). A subescala de aptidão pessoal funcional obteve uma correlação mais forte com a subescala de desconforto no desempenho público ( $r_s = -0.35$ ;  $p < 0.001$ ) do que com a subescala de desconforto na interacção social ( $r_s = -0.30$ ;  $p < 0.001$ ). Padrão inverso se verificou em relação à subescala aptidão pessoal afectiva, que se correlacionou mais fortemente com a subescala de desconforto na interacção social ( $r_s = -0.35$ ;  $p < 0.001$ ) do que com a subescala de desconforto no desempenho público ( $r_s = -0.29$ ;  $p < 0.001$ ).

Os valores de correlação obtidos entre medidas afectivas de ansiedade social e assertividade variaram entre 0.43 e 0.68, sendo sempre significativos ( $p < 0.001$ ; Tabela 46). A subescala de desconforto ou tensão assertiva face a tomar a iniciativa foi a que obteve correlações mais elevadas, quer com a subescala de interacção com o sexo oposto ( $r_s = -0.6$ ), observação por outros ( $r_s = -0.56$ ), interacção em situações sociais novas ( $r_s = -0.66$ ), desempenho social formal ( $r_s = -0.54$ ) ou comer e beber em público ( $r_s = -0.48$ ). Pelo contrário, a subescala de assertividade negativa foi a que obteve correlações mais baixas, quer com a subescala de interacção com o sexo oposto ( $r_s = -0.52$ ), observação por outros ( $r_s = -0.49$ ), desempenho em situações sociais formais ( $r_s = -0.43$ ) e comer e beber em público ( $r_s = -0.39$ ). A correlação mais alta foi encontrada entre a subescala de assertividade negativa e a interacção assertiva ( $r_s = -0.69$ ).

Relativamente às medidas comportamentais de ansiedade social e assertividade, verificámos que nem sempre os valores encontrados foram significativos (Tabela 46). As correlações estatisticamente significativas foram sempre negativas, variando entre -0.09 ( $p < 0.05$ ) e -0.19 ( $p < 0.001$ ). A subescala de frequência de comportamento assertivo de tomada de iniciativa foi a que obteve correlações mais elevadas, quer com a subescala de evitamento da interacção com o sexo oposto ( $r_s = -0.18$ ;  $p < 0.001$ ), interacção assertiva ( $r_s = -0.14$ ;  $p < 0.001$ ), observação por outros ( $r_s = -0.16$ ;  $p < 0.001$ ), interacção em situações sociais novas ( $r_s = -0.23$ ;  $p < 0.001$ ), desempenho em situações sociais formais ( $r_s = -0.2$ ;  $p < 0.001$ ) e comer e beber em público ( $r_s = -0.16$ ;  $p < 0.001$ ). Pelo contrário, a subescala de frequência de comportamento assertivo negativo foi a que obteve correlações mais baixas, nomeadamente com a subescala de evitamento de interacção assertiva ( $r_s = -0.1$ ;  $p < 0.01$ ), de observação por outros ( $r_s = -0.09$ ;  $p < 0.005$ ) e de interacção em situações sociais novas ( $r_s = -0.12$ ;  $p < 0.01$ ). De entre os valores mais baixos de correlação encontrados conta-se, ainda, o valor da correlação entre a frequência de comportamento assertivo positivo e o evitamento de desempenhar em situações sociais formais ( $r_s = -0.09$ ;  $p < 0.05$ ).

De notar ainda, que as medidas de cognição na ansiedade social se correlacionaram de forma significativa e positiva com as medidas de desconforto e tensão ao ser assertivo (valores de correlação de *spearman* entre 0.42 e 0.51;  $p < 0.001$ ) e negativa com as medidas de frequência de comportamento assertivo (valores de correlação de *pearson* entre -0.14 e 0.27;  $p < 0.001$ ). Por seu turno, as medidas de cognição na assertividade correlacionaram-se de forma significativa e negativa com as medidas de ansiedade social (valores de correlação de *spearman* entre -0.12 e -0.30;  $p < 0.001$ ) e com as medidas de evitamento comportamental (valores de correlação de *spearman* entre -0.11,  $p < 0.01$  e -0.33,  $p < 0.001$ ). Ainda, as medidas afectivas na ansiedade social correlacionaram-se de forma significativa e negativa com as medidas de frequência de comportamento de assertividade (valores de correlação de *spearman* entre -0.8,  $p < 0.05$  e -0.25,  $p < 0.001$ ), enquanto as medidas afectivas de assertividade se correlacionaram de forma significativa e positiva com as medidas de evitamento comportamental, variando entre 0.31 e 0.47 ( $p < 0.001$ ).

#### ***6.6.8.2 Caracterização de grupos de ansiedade social em função de resultados obtidos em medidas de assertividade.***

Procurámos verificar se grupos de indivíduos com resultados acima, abaixo ou na média nas medidas completas referentes à ansiedade social apresentavam níveis diferenciados de assertividade. Foram construídos grupos com base nos percentis 33 e 66, considerando que a maioria das medidas não segue uma distribuição normal.

Os resultados permitiram concluir que indivíduos com diferentes níveis de pensamentos sociais negativos obtiveram médias significativamente diferentes em esquema interpessoal assertivo ( $\chi^2 = 60.21$ ;  $p < 0.001$ ), desconforto ou tensão ao ser assertivo ( $\chi^2 = 55.64$ ;  $p < 0.001$ ), e frequência de comportamento assertivo [ $F(678, 2), 18.38$ ;  $p < 0.001$ ]. As diferenças foram significativas entre todos os grupos considerados, a um nível de significância ajustado de 0.016, sendo os sujeitos com mais pensamentos sociais negativos a identificarem-se menos com o esquema interpessoal assertivo, a sentirem mais desconforto ao serem assertivos e a praticarem com menos frequência comportamentos assertivos (Tabela 47).

Tabela 47: Medidas descritivas de assertividade por grupos de ansiedade social

	Esquema interpessoal assertivo		Desconforto em situações assertivas		Frequência de comportamento assertivo	
	M	DP	M	DP	M	DP
Pensamentos Sociais Negativos						
Abaixo da média (n = 232)	91.53	10.29	41.08	12.28	78.73	17.57
Média (n = 238)	85.7	9.98	50.14	13.61	74.48	13.78
Acima da média (n = 209)	80.28	9.98	60.59	16.72	70.29	11.6
Ansiedade em Situações Sociais						
Abaixo da média (n = 236)	89.72	11.17	37.59	9.69	78.09	18.02
Média (n = 218)	86.28	10.11	49.11	9.75	74.18	9.75
Acima da média (n = 225)	11.39	64.67	64.67	15.11	71.46	11.42
Evitamento de Situações Sociais						
Abaixo da média (n = 240)	90.21	10.87	40.6	11.47	783.22	18.59
Média (n = 214)	86.25	9.92	49.03	12.85	74.38	12.47
Acima da média (n = 225)	81.33	11.43	61.74	16.33	71.08	11.65

De igual modo, sujeitos com diferentes níveis de ansiedade em situações sociais apresentaram médias de resultados significativamente diferentes em esquema interpessoal assertivo ( $\chi^2 = 68.83$ ;  $p < 0.001$ ), desconforto ou tensão ao ser assertivo ( $\chi^2 = 353.74$ ;  $p < 0.001$ ) e frequência de comportamento assertivo [ $F(678, 2) = 11.83$ ;  $p < 0.001$ ]. No que se refere ao esquema interpessoal assertivo e desconforto assertivo, as diferenças foram significativas para todos os grupos considerados, a um nível de significância ajustado de 0.016, com os sujeitos classificados com ansiedade acima da média a identificarem-se menos com o esquema interpessoal assertivo e a sentirem mais desconforto em situações assertivas. No caso da frequência de comportamento assertivo, foram verificadas diferenças significativas apenas entre o grupo de ansiedade abaixo da média para com os grupos na média e acima dela, a um nível de significância ajustado de 0.016. São os sujeitos com mais ansiedade social a apresentarem menor frequência de comportamento (Tabela 47).

Ainda, os sujeitos com diferentes níveis de evitamento de situações sociais demonstram diferentes resultados em esquema interpessoal assertivo ( $\chi^2 = 86.45$ ;  $p < 0.001$ ) e desconforto ou tensão ao ser assertivo ( $\chi^2 = 209.479$ ;  $p < 0.001$ ). As diferenças são significativas para todos os grupos considerados, sendo o grupo com evitamento acima da média a identificar-se menos com o esquema interpessoal assertivo e a sentir mais desconforto em situações assertivas. Os grupos com evitamento também se diferenciam em função dos resultados obtidos na medida de frequência de comportamento [ $F(678, 2) = 13.74$ ;  $p < 0.001$ ], embora testes *pos-hoc* situem esta diferença apenas entre os grupos abaixo e acima da média. É o ultimo a obter resultados mais baixos de frequência de comportamento (Tabela 47).

### 6.6.8.3 Caracterização de grupos de assertividade em função de resultados obtidos em medidas de ansiedade social.

Procurámos verificar se grupos de indivíduos com resultados acima, abaixo ou na média nas medidas completas referentes à assertividade se diferenciavam em função dos níveis de ansiedade social que apresentavam. Foram construídos grupos de assertividade com base nos percentis 33 e 66, considerando que a maioria das medidas não segue uma distribuição normal.

Os resultados indicam que diferentes grupos ao nível da identificação ao esquema interpessoal assertivo diferem significativamente ao nível dos pensamentos sociais negativos endossados [ $F(678,2) = 87.07$ ;  $p < 0.001$ ], ansiedade social relatada ( $\chi^2 = 9.72$ ;  $p < 0.001$ ) e evitamento descrito de situações sociais ( $\chi^2 = 9.35$ ;  $p < 0.001$ ). As diferenças foram significativas entre todos os grupos considerados, a um nível de significância ajustado de 0.016, sendo os sujeitos que menos se identificam ao esquema interpessoal assertivo a apresentarem médias mais elevadas de pensamentos sociais negativos, ansiedade e evitamento em situações sociais (Tabela 48).

Tabela 48: Medidas descritivas de ansiedade social por grupos de assertividade

	Pensamentos Sociais Negativos		Ansiedade em situações sociais		Evitamento de situações sociais	
	M	DP	M	DP	M	DP
Esquema interpessoal assertivo						
Abaixo da média (n = 234)	52.82	13.98	70.5	21.01	63.69	18.05
Média (n = 228)	44.8	11.42	64.95	18.29	59.14	16.01
Acima da média (n = 217)	37.82	10.45	55.4	14.29	51.53	16.68
Desconforto em Situações Assertivas						
Abaixo da média (n = 237)	37.92	11.05	50.83	10.38	49.34	14.46
Média (n = 219)	44.82	10.86	61.31	11.67	56.37	13.89
Acima da média (n = 225)	53.7	13.58	80.91	19.27	69.66	17.89
Frequência de Comportamento Assertivo						
Abaixo da média (n = 230)	48.74	13.96	67.66	20	60.32	16.24
Média (n = 239)	46.62	13.08	60.54	19.49	60.78	17.39
Acima da média (n = 210)	40.12	11.99	57.57	16.19	53.2	18.41

Sujeitos com diferentes níveis de desconforto em situações assertivas também pareceram diferenciar-se em função dos pensamentos sociais negativos endossados [ $F(678,2) = 101.59$ ;  $p < 0.001$ ], ansiedade social relatada ( $\chi^2 = 332.03$ ;  $p < 0.001$ ) e evitamento descrito de situações sociais ( $\chi^2 = 199.8$ ;  $p < 0.001$ ). As diferenças foram significativas entre todos os grupos considerados, a um nível de significância ajustado de 0.016 sendo os sujeitos que relatam

maiores níveis de desconforto em situações assertivas a referirem também maiores níveis de pensamentos sociais negativos, ansiedade e evitamento em situações sociais (Tabela 48).

Ainda, sujeitos com diferentes níveis de frequência de comportamento assertivo obtêm médias diferenciadas em pensamentos sociais negativos endossados [ $F(678,2) = 25.07$ ;  $p < 0.001$ ], ansiedade social relatada ( $\chi^2 = 37.45$ ;  $p < 0.001$ ) e evitamento descrito de situações sociais ( $\chi^2 = 47.66$ ;  $p < 0.001$ ). Neste caso, as diferenças apenas foram significativas a um nível de significância ajustado de 0.016 na comparação entre os grupos abaixo e na média face ao grupo acima da média. Os grupos abaixo e na média não obtiveram resultados significativamente diferentes entre si. Verificámos que o grupo de sujeitos com frequência de comportamento assertivo acima da média apresenta médias mais baixas de pensamentos sociais negativos, ansiedade e evitamento social (Tabela 48).

#### **6.6.9 Ajustamento do modelo cognitivo para ansiedade social.**

As análises de equações estruturais pretenderam testar as associações previstas pelo modelo cognitivo entre variáveis cognitivas, afectivas e comportamentais. Especificamente, colocámos a hipótese de que a presença de esquemas cognitivos ou crenças centrais activam directamente pensamentos automáticos, que por sua vez activam emoções e comportamentos concordantes.

Para testar este modelo recorreremos a três medidas de avaliação, a saber, pensamentos sociais negativos activados nos eventos sociais, ansiedade face a eventos sociais e evitamento de eventos sociais. Os resultados obtidos indicam pobre ajustamento para o modelo que considerou todas as subescalas de cada instrumento:  $\chi^2 = 1588.08$ ;  $p < 0.000$ ;  $\chi^2/df = 21.17$ ; RMSEA = 0.17; GFI = 0.75; AGF = 0.65; NNFI = 0.86 e CFI = 0.89. Podemos, ainda assim, verificar que as associações entre variáveis foram as esperadas, sendo que os pensamentos sociais negativos parecem ter um forte poder preditivo positivo sobre a ansiedade social e sobre o evitamento de situações sociais temidas (Imagem 2).

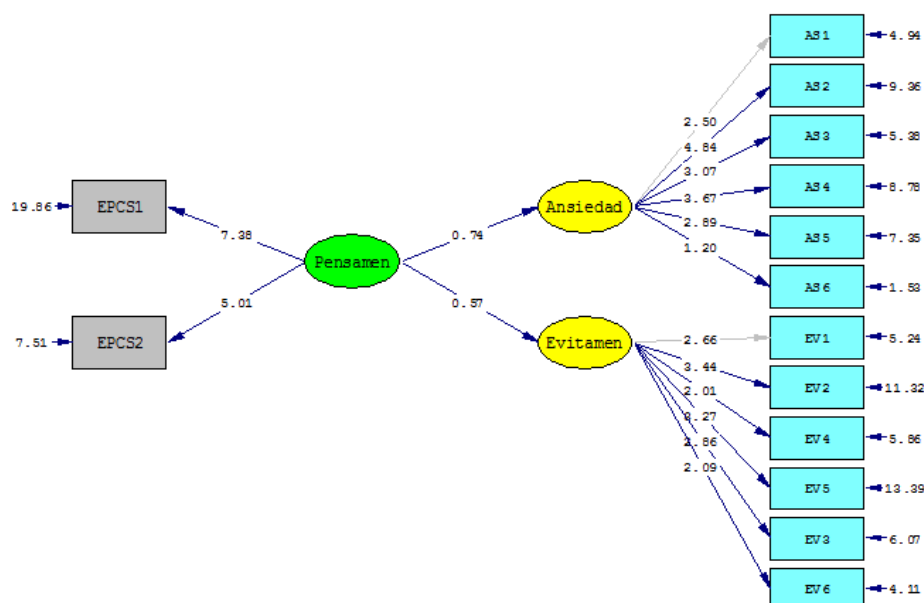


Imagem 2: Modelo cognitivo para ansiedade social

#### 6.6.10 Ajustamento do modelo cognitivo para ansiedade social.

As análises de equações estruturais pretenderam testar as associações previstas pelo modelo cognitivo entre variáveis cognitivas, afectivas e comportamentais. Especificamente, colocámos a hipótese de que a presença de esquemas cognitivos ou crenças centrais activam directamente pensamentos automáticos, que por sua vez activam emoções e comportamentos concordantes.

Para testar este modelo recorreremos às três medidas de assertividade consideradas, a saber, esquema interpessoal assertivo, desconforto ao ser assertivo e frequência de comportamento assertivo. Os resultados obtidos indicam a qualidade estatística do ajustamento do modelo que considera apenas as subescalas do QEIA que mostraram poder preditivo sobre o desconforto em situações assertivas e frequência de comportamento assertivo - modelo 1 (Imagem 3). O modelo que considera todas as subescalas de cada instrumento - modelo 2 (Imagem 4) - converge, mas apresenta algumas limitações à qualidade do ajustamento, principalmente no que respeita às medidas de ajustamento absoluto (Tabela 49).

Tabela 49: Índices de ajustamento para modelos cognitivos de assertividade

	$\chi^2$	$\chi^2/\text{gl}$	RMSEA	GFI	AGFI	NNFI	CFI
Modelo 1	281.32 (p = 0.001)	6.69	0.09	0.93	0.89	0.94	0.95
Modelo 2	407.94(p = 0.000)	7.84	0.10	0.91	0.86	0.94	0.94

Em ambos os casos as direcções de influência esperada entre variáveis foram confirmadas, sendo que o esquema interpessoal assertivo parece ter forte influência preditiva negativa sobre o desconforto sentido em situações assertivas e positiva sobre a frequência de comportamento assertivo praticada. A força desta influência é acrescida no modelo 2.

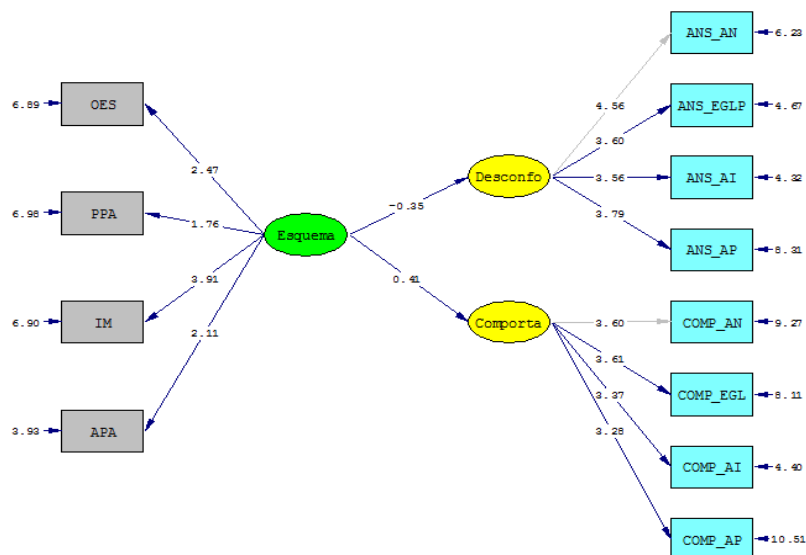


Imagem 3: Modelo cognitivo para assertividade 1

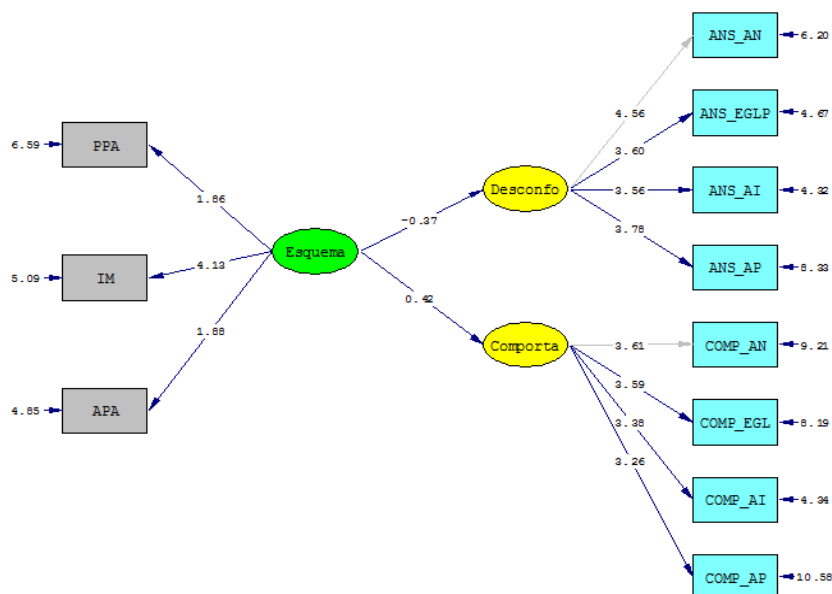


Imagem 4: Modelo cognitivo para assertividade 2



#### 6.6.11 Ajustamento do modelo cognitivo para desempenho social.

A análise de modelos estruturais que conjuguem medidas de ansiedade social com medidas de assertividade fundamentou-se nos seguintes pressupostos: i) o modelo cognitivo preconiza a existência de uma estrutura cognitiva central ou esquema cognitivo como activadora directamente de produtos cognitivos, e por influência destes e activador indirecto de produtos afectivos/ emocionais e comportamentais (cf. Capítulo 4, Ponto 3.3.1, Imagem 1), e ii) encontrámos correlações significativas entre medidas de assertividade e de ansiedade social.

Assim, testámos vários modelos estruturais que incluem conjuntamente medidas de ansiedade social e assertividade, procurando estabelecer uma base comum a estas duas problemáticas, que fundamente um desempenho social adequado na adolescência. Os modelos testados foram:

Modelo 1: Esquema interpessoal assertivo como activador de pensamentos sociais negativos (PAN), e estes como activadores directos de ansiedade em situações sociais e evitamento de situações sociais;

Modelo 2: Esquema interpessoal assertivo como activador de pensamentos sociais negativos (PAN), e estes como activadores directos de desconforto ao ser assertivo e frequência de comportamento assertivo;

Modelo 3: Esquema interpessoal assertivo como activador de pensamentos sociais negativos (PAN), e estes como activadores directos de ansiedade em situações sociais e/ou assertivas e evitamento de situações sociais;

Modelo 4: Esquema interpessoal assertivo como activador de pensamentos sociais negativos, e estes como activadores directos de ansiedade em situações sociais e/ou assertivas e frequência de comportamento social assertivo;

Modelo 5: Esquema interpessoal assertivo como activador de pensamentos sociais negativos, formando uma base cognitiva comum que activa emoções de ansiedade e desconforto em situações sociais e expressões comportamentais diferenciadas (i.e. comportamento social Vs. evitamento social).

Os índices de ajustamento para cada modelo são referidos na Tabela 50.

Tabela 50: Índices de ajustamento para modelos cognitivos de desempenho social

	$\chi^2$	$\chi^2/\text{gl}$	RMSEA	GFI	AGFI	NNFI	CFI
Modelo 1	1813.18**	13.74	.14	.77	.70	.88	.89
Modelo 2	549.95**	7.43	.10	.90	.85	.94	.93
Modelo 3	647.79**	8.75	.11	.88	.83	.93	.94
Modelo 4	343.51**	6.74	.09	.92	.88	.94	.96
Modelo 5	898.83**	6.86	.09	.87	.83	.93	.94

\*\* p < 0.001

A análise dos índices de ajustamento indica algumas limitações ao ajustamento, principalmente no que se refere aos índices de ajustamento perfeito dos dados caso os parâmetros estimados fossem escolhidos de forma óptima ( $\chi^2$ ,  $\chi^2/\text{df}$  e RMSEA; Diamantopoulos & Siguaw, 2000). Os modelos com melhor qualidade de ajustamento são o 2 (Imagem 5) e 4 (Imagem 6), que se distinguem pela vertente emocional considerada, mas em ambos os casos estando presente a medida de frequência de comportamento e não a medida de evitamento.

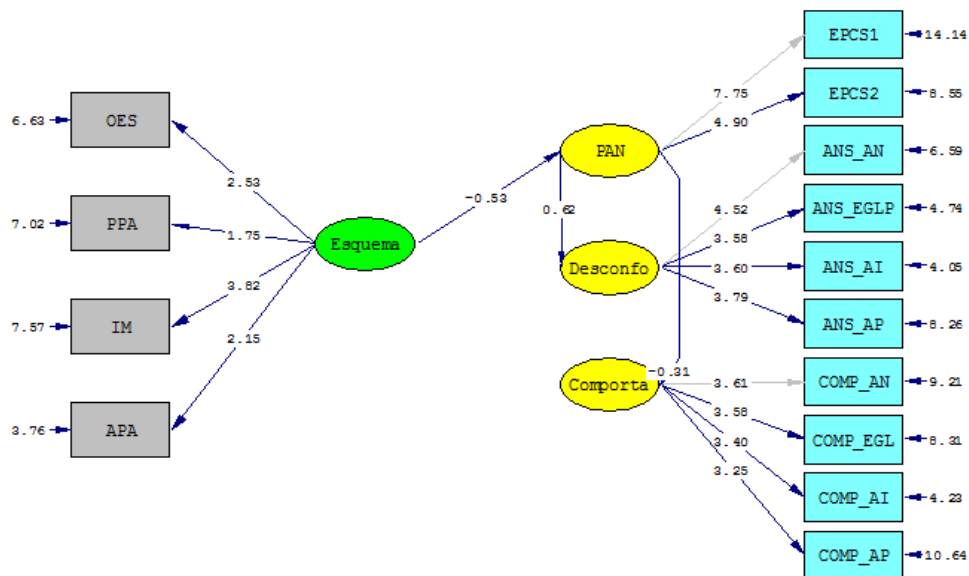


Imagem 5: Modelo cognitivo para desempenho social 2

Para o modelo cognitivo de desempenho social 2, o efeito indirecto do esquema interpessoal assertivo sobre o desconforto ou tensão sentido ao ser assertivo foi de -0.33 e sobre a frequência de comportamento assertivo foi de 0.16.

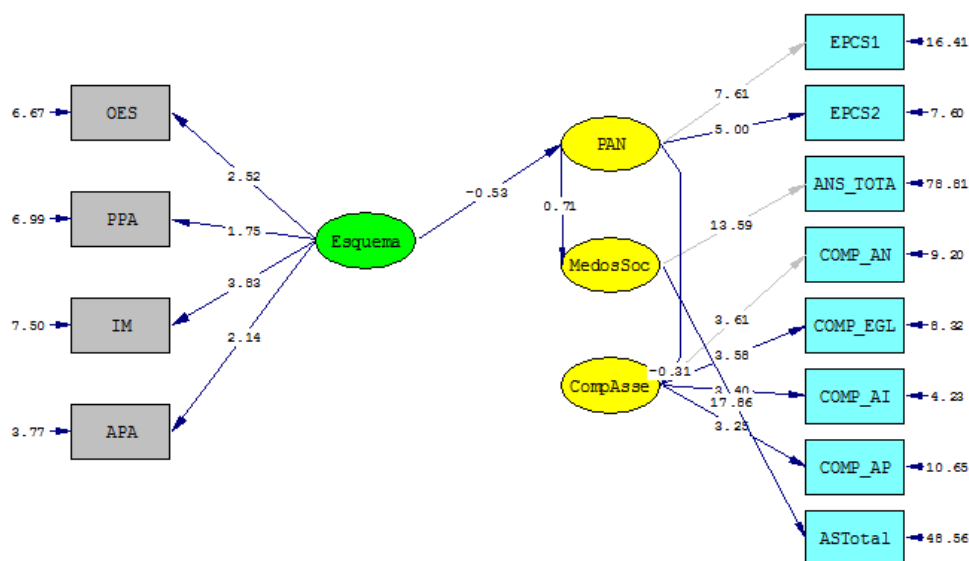


Imagem 6: Modelo cognitivo para desempenho social 4

Para o modelo cognitivo de desempenho social 4, o efeito indirecto do esquema interpessoal assertivo sobre a medida de medos sociais foi de -0.38 e sobre a frequência de comportamento assertivo foi de 0.16.

O modelo 5, que postula a existência de uma base cognitiva comum à activação de medos sociais e à activação, por um lado, de frequência de comportamento pró-social e, por outro, de evitamento comportamental apresenta, igualmente, índices de ajustamento próximos do que seria considerado adequado.

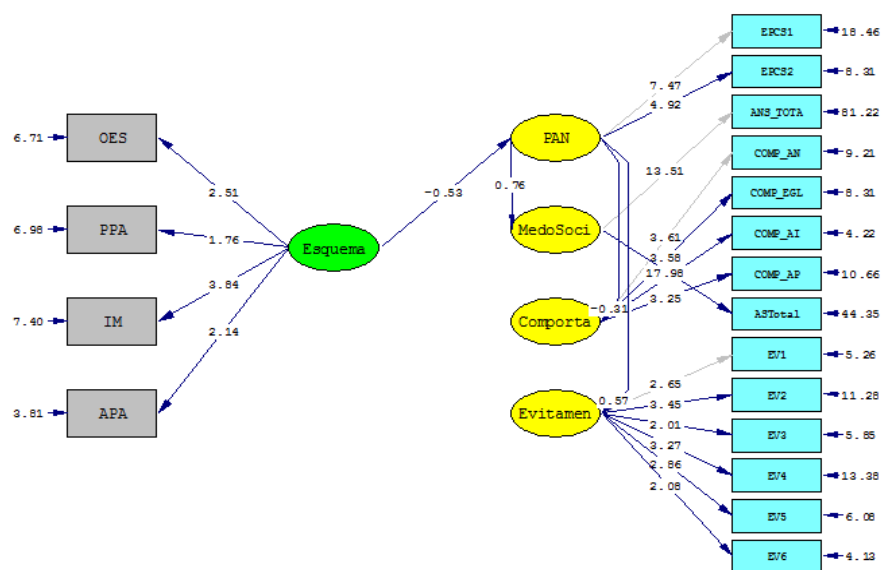


Imagem 7: Modelo cognitivo para desempenho social 5

Para o modelo cognitivo de desempenho social 5, o efeito indirecto do esquema interpessoal assertivo sobre a medida de medos sociais foi de -0.40, sobre a frequência de comportamento assertivo foi de 0.16, e sobre a medida de evitamento social foi de -0.30.

As direcções de influência entre as variáveis foram sempre de encontro ao esperado, tendo em conta os constructos que se espera estarem a ser avaliados pelos instrumentos em consideração. O esquema interpessoal assertivo influenciou sempre de forma negativa os pensamentos sociais negativos, que por sua vez influenciaram sempre de forma positiva a expressão emocional de desconforto assertivo ou ansiedade social. Estes pensamentos influenciaram também de forma positiva o evitamento comportamental e de forma negativa a frequência de comportamento assertivo. Estes efeitos directos estão patentes na representação da imagem de cada modelo. No que concerne aos efeitos indirectos da variável referente à estrutura cognitiva sobre as restantes variáveis, cognitivas, emocionais e comportamentais, verificámos, igualmente a direcção esperada na associação entre variáveis.

## 6.7 Discussão do Estudo Dois

Este estudo teve como objectivo a compreensão do desempenho social adolescente a partir de duas problemáticas para as quais o adolescente está especialmente vulnerável (Landazabal, 2006): a ansiedade social e o défice assertivo. Para cumprir este objectivo foi recolhida informação quantitativa junto a uma amostra de adolescentes tardios de ambos os sexos, estudantes do ensino secundário no distrito de Aveiro. Os instrumentos utilizados para esta recolha de informação haviam sido analisados para confirmar a sua qualidade psicométrica junto à população adolescente (Cf. Capítulo 5, ponto 5.1).

A presente secção pretende apresentar os resultados obtidos e integrá-los com a literatura na área. Para facilitar a leitura, os resultados e sua discussão de acordo com literatura pertinente na área serão apresentados em função das hipóteses inicialmente colocadas.

### Hipótese 1)

*Os sujeitos do sexo feminino, de nível socioeconómico baixo e mais novos apresentarão maiores níveis de ansiedade social.*

Os resultados obtidos permitem confirmar que, de uma forma geral, são os alunos do sexo feminino a demonstrar maiores níveis de ansiedade social, embora existem algumas áreas em que homens e mulheres partilham medos sociais, como tem sido descrito na literatura (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, Hofmann et al., 2008). Estas diferenças por sexo poderão ser

explicadas por pressões culturais colocadas sobre os rapazes para reduzir a expressão de ansiedade social, enquanto tal é tolerado nas mulheres. Será também por isso que a ansiedade social suscita maior procura de apoio por parte dos rapazes do que das raparigas (Cunha, 2005), sendo que é para eles que este tipo de manifestação é considerado mais problemático e atípico, tanto a nível individual como social.

Especificamente, os alunos do sexo feminino manifestaram maior nível de pensamentos sociais negativos relativos ao desempenho público, maior ansiedade na interação assertiva e em situações sociais novas, na observação por outros e no desempenho em situações sociais formais, e maior evitamento na interação com o sexo oposto, observação por outros ou interação em situações sociais novas. Estes resultados vêm de encontro aos obtidos com uma população portuguesa adolescente mais jovem (Cunha, 2005; Cunha, et al., 2007), bem como aos resultados obtidos com amostras adolescentes internacionais (Essau, et al., 1999; Glass & Furlong, 1990; Levpuscek, 2004).

Será de referir que a diferença entre sexos foi esbatida para alguns contextos sociais, quer no que refere à dimensão de ansiedade (interacções com o género oposto) como à dimensão de evitamento (desempenho em situações sociais formais e interação assertiva), comparando a presente amostra com uma amostra adolescente mais jovem (Cunha, 2005). Tal vem de encontro a trabalhos anteriores que referem que a diferença entre sexos nos níveis de ansiedade social se vai esbatendo com a idade (Caballo et al., 2008). A transição da adolescência média para a adolescência tardia poderá estar associada a este esbatimento. É na adolescência média que o adolescente busca a sua própria identidade e valores e inicia o estabelecimento de relações de maior intimidade (Silva, 2004). Tendo chegado à adolescência tardia, a prática no estabelecimento de relações, que será enfatizada e valorizada para o sexo feminino (Flavell, Miller, & Miller, 1993a; Sprinthall & Collins, 1999), poderá associar-se à diminuição da ansiedade suscitada nas situações de interação com o sexo oposto. Por outro lado, a auto-definição é condição para o desempenho assertivo (Castanyer, 2005; Stake, et al., 1983). Tendo sido obtida com a entrada na adolescência tardia, acompanhada da prática aumentada em situações formais por mais anos de escolaridade, pode facilitar o desempenho assertivo e em situações sociais formais, diminuindo o evitamento nestas situações.

Os resultados relativos à manifestação de ansiedade social em função da idade são contraditórios, não confirmando inteiramente a segunda premissa da primeira hipótese dedutiva. Ainda assim, não são surpreendentes considerando trabalhos anteriores em Portugal (Cunha, 2005; Cunha, et al., 2007), nos quais os resultados obtidos apontam para a influência da idade sobre algumas dimensões associadas à ansiedade social, mas não sobre outras.

Assim, os resultados alcançados neste trabalho continuam a chamar a atenção para a importância dos contextos sociais e das experiências de desenvolvimento consideradas, como explicativos dos resultados encontrados. Se por um lado são os alunos mais velhos a apresentar

maior ansiedade no desempenho em situações sociais formais, são os alunos que vivenciam as experiências típicas do 10º de escolaridade a manifestarem maior ansiedade em comer e beber em público. Os alunos mais velhos, por estarem a aproximar-se da entrada no mundo profissional ou no ensino superior, que significa exigências e desafios acrescidos, a nível académico, pessoal e social (Pereira et al., 2006; Salvador, 2010), poderão estar mais conscientes de serem avaliados formalmente, e esta auto-consciência despoletar maiores níveis de ansiedade social. Por outro lado, por se terem tornado mais habituais as situações de comer e beber em público à medida que os alunos progridem na escolaridade, os alunos do 11º e 12º ano de escolaridade poderão ter-se dessensibilizado à ansiedade eventualmente causada por este tipo de situações.

Relativamente ao nível socioeconómico, os resultados obtidos confirmam serem os alunos de nível socioeconómico mais baixo a apresentarem maiores níveis de ansiedade social, tal como foi encontrado em trabalhos anteriores no nosso país (Cunha, 2005; Cunha, et al., 2007). Especificamente, estes alunos apresentam maiores níveis de pensamentos sociais negativos quer face a interações sociais quer face ao desempenho público, maior ansiedade em todos os contextos considerados à excepção de comer e beber em público, e maior evitamento na interação assertiva e no desempenho em situações sociais formais. De notar que os níveis de evitamento são semelhantes entre alunos de nível socioeconómico baixo e médio.

Estes resultados podem fundar-se em diferentes práticas parentais, consideradas factores etiológicos de ansiedade social. Famílias de diferentes níveis socioeconómicos parecem proporcionar contextos de desenvolvimento e práticas parentais também diferenciados aos seus filhos. Os pais de nível socioeconómico mais baixo tendem a ter relações com os seus filhos mais autoritárias e menos calorosas e afectivas, sendo também menos reforçadores e proporcionando menos acesso a materiais e contextos de aprendizagem social (Bradley & Corwyn, 2002; Early & Eccles, 1995). Este tipo de estilo parental tem sido associado à etiologia de ansiedade social (Kashdan & Herbert, 2001; Taylor & Alden, 2005), sendo também o estilo parental recordado por adolescentes com ansiedade social (Neal & Edelmann, 2003; Velting & Albano, 2001). Assim, a influência do nível socioeconómico sobre a ansiedade social sentida pode fazer-se a partir dos estilos parentais a que crianças de diferentes níveis socioeconómicos estão expostas.

Os nossos resultados permitiram concluir que existe uma associação entre a experiência de ansiedade social e o número de reprovações dos alunos. Especificamente, verificámos que alunos com reprovações se diferenciam de alunos sem reprovações nos níveis mais elevados de pensamentos negativos relativamente ao desempenho público, e maiores níveis de ansiedade e evitamento de desempenho de situações sociais formais. Mais uma vez, a importância dos contextos sociais considerados parece evidente. Trata-se de contextos pertinentes ao desempenho escolar, referindo-se a expectativas negativas relativamente à própria competência de desempenhar em tarefas escolares (por exemplo, responder a uma questão, ir ao quadro ou ler em voz alta perante a turma) enquanto se é observado por outros.

A ansiedade social tem sido associada a história de fracasso académico, pela sua manifestação em evitamento comportamental, activação emocional e pensamentos negativos intrusivos (Levpuscek, 2004). Os resultados obtidos vêm neste sentido, já que ter história de reprovações se associou a elevados níveis de ansiedade social, manifesta nos três domínios considerados. A ansiedade social associada tanto poderá preceder como ser consequência do mau desempenho escolar. Por um lado, o adolescente poderá ter um desempenho social prejudicado pela ansiedade que sente; por outro, o mau desempenho escolar pode constituir-se numa experiência social negativa que é progressivamente associada à emoção de ansiedade. Assim, o défice de competências sociais, neste caso de desempenho público, poderá conjugar-se com as vivências do sujeito e tornar-se num antecedente ou consequente de ansiedade social (Rapee & Spence, 2004).

Os pensamentos relativos ao desempenho público, e a ansiedade e evitamento face à interacção assertiva e com o sexo oposto são os aspectos referentes a ansiedade social que se vão mostrando salientes de forma coerente na caracterização da amostra, especialmente em grupos de alunos com níveis de ansiedade social acima da média. Estes resultados vêm de encontro aos resultados obtidos em trabalhos anteriores, que referem os medos sociais mais reportados em amostras não clínicas passam pelo de discurso e participação em festas ou encontros (Beidel, 1998). Os resultados referentes aos pensamentos sociais salientes na nossa amostra confirmam a presença já relatada na ansiedade social de mais pensamentos negativos centrados em si próprio e no próprio desempenho, do que centrados na interacção ou opinião de terceiros (Beazley, et al., 2001; Stopa & Clark, 1993). De igual modo, estes resultados vêm de encontro à caracterização da adolescência tardia como uma fase de desenvolvimento caracterizada por uma preocupação social focada nos projectos de vida futura (Silva, 2004), pelo que as situações referentes ao ser avaliado (por um professor ou patrão) ganham especial relevo.

Por outro lado, no que se refere à ansiedade e evitamento estes resultados confirmam a expectativa de serem as situações mais estruturadas a suscitar níveis diminuídos de ansiedade social (Alden & Wallace, 1995; Spence, et al., 1999), ainda que tal não pareça não ter correspondência a nível cognitivo. Tal poderá ser explicado por tratar-se de uma amostra não clínica, já que a supremacia de pensamentos sociais negativos em situações de interacção, não estruturadas, tem sido comprovada em adolescentes com fobia social, precisamente por estas situações, sendo mais complexas, suscitam maior processamento de informação e, consequentemente, maior activação de pensamentos negativos (Alfano, et al., 2006). Pelo contrário, numa amostra normativa a enfrentar as normais tarefas de desenvolvimento adolescente, o processamento de informação pode estar focado em situações de desempenho, que por isso se tornam mais complexas, por haver mais informação a gerir, suscitando mais pensamentos negativos ao nível do desempenho e não da interacção.

No que se refere à diferenciação entre ansiedade social generalizada e específica, considerámos os três indicadores de ansiedade social de que dispúnhamos, a saber, activação ansiosa, evitamento comportamental e pensamentos sociais negativos. Em qualquer um destes critérios, verificámos que a grande maioria da nossa amostra não apresenta quaisquer níveis de ansiedade social. De entre aqueles que apresentam, a grande maioria é do sexo feminino, o que vem de encontro à literatura existente na área (Caballo et al., 2008). O critério de evitamento comportamental é aquele que permite identificar maior número de sujeitos acima de média, cerca de 43%, o que confirma a evidência de que o evitamento social se torna mais grave e menos socialmente aceite na adolescência (Inderbitzen, et al., 1997).

Nos critérios de activação ansiosa e evitamento comportamental, verificamos que, de entre os sujeitos que manifestam níveis acima da média, a maioria, cerca de 25% do total da amostra, manifesta estes sintomas em mais do que um contexto social, o que indicará como mais frequente na nossa amostra a ansiedade social generalizada. Considerando o curso crónico destas dificuldades, os resultados obtidos apontam no sentido de trabalhos anteriores que referem a perturbação de ansiedade social generalizada como a forma mais comum na população clínica adolescente (Beidel, et al., 2007), e associada a maior ansiedade e evitamento social, a menores competências sociais (Pinto-Gouveia, 2000), a menor vinculação e número de amigos, maior interferência na vida social e afectiva, e maior co-morbilidade, nomeadamente com sintomas depressivos (Salvador, 2010).

O critério de presença de pensamentos sociais negativos é o que permite diferenciar menos adolescentes com sintomas acima da média, cerca de 26%, principalmente face ao desempenho público. Tal vem de encontro a trabalhos que referem a necessidade de maturação cognitiva para a identificação e nomeação de pensamentos automáticos, que começa a desenvolver-se na adolescência mas poderá, ainda assim, não ser desenvolvida por todos os adolescentes (Alfano, et al., 2006; Sauter, et al., 2009).

Os modelos cognitivos de ansiedade social têm postulado a activação integrada a nível cognitivo, emocional e comportamental na ansiedade social (Clark, 2001; Rapee & Heimberg, 1997), pelo que a coincidência de sintomas indicará sujeitos em maior risco de desenvolver medos sociais patológicos. Na amostra em estudo, apenas 16% dos sujeitos apresentava coincidência de activação ansiosa, evitamento comportamental e pensamentos sociais negativos acima da média em um ou mais contextos sociais. Neste grupo, verificámos que o sexo feminino é preponderante, e que a percentagem de sujeitos com reprovações anteriores vai aumentando à medida que aumenta o número de situações ansiógenas, evitadas ou suscitadoras de pensamentos sociais negativos. Assim, os prejuízos funcionais, neste caso escolares, associados a níveis elevados de ansiedade social, são confirmados, à semelhança de trabalhos anteriores (D'el Rey, et al., 2006; Levpuscek, 2004; Velting & Albano, 2001).



Os resultados indicam que quanto maior o número de situações ansiógenas, evitadas ou suscitadoras de pensamentos sociais negativos, maior a intensidade ou frequência destes sintomas. A ansiedade social parece facilmente generalizar-se, seja porque fundada em estruturas cognitivas generalizadas ou a partir de uma experiência social negativa (Elizabeth, et al., 2004; Neal & Edelmann, 2003), pelo que estes resultados são enquadrados na literatura na área. De igual modo, os resultados indicam que níveis mais elevados de ansiedade social, e ansiedade social alargada a vários contextos se associam a maiores índices relatados de interferência no funcionamento quotidiano do adolescente, na escola, com os amigos ou com a família. Assim, os efeitos nefastos da ansiedade social são confirmados no presente trabalho, à semelhança do que vinha sendo referido nível nacional (Cunha, 2005; Salvador, 2010) e internacional (Beidel et al., 2007).

### **Hipótese 2)**

*Os sujeitos do sexo feminino, de nível socioeconómico alto e mais velhos apresentarão maiores níveis de assertividade.*

No que se refere aos níveis de assertividade, os resultados obtidos relativamente à caracterização por sexo são contraditórios, já que os alunos do sexo feminino apresentam tanto indicadores de maior como de menor competência assertiva, já que apresentam maior identificação ao esquema interpessoal assertivo e maior prática de comportamento assertivo, mas, também, maior desconforto associado a esta prática.

No que se refere ao esquema interpessoal assertivo, as raparigas parecem identificar-se mais às dimensões de apoio emocional externo e aptidão pessoal afectiva. Segundo Carol Gilligan, o sentido feminino de self desenvolve-se através do estabelecimento de relações, julgando-se a si próprias no modo como lidam com as suas responsabilidades e com base na sua capacidade para cuidar dos outros tão bem como de si próprias (Harter, 1999; Papalaia, et al., 2001), pelo que os resultados obtidos não são surpreendentes. De facto, a assertividade feminina é caracterizada por maior envolvimento na interacção e aceitação do impacto mútuo na interacção (Smye & Wine, 1980). A preocupação tanto com a própria competência como com a resposta que o próprio comportamento suscitará no outro, em que as raparigas obtiveram resultados mais elevados do que os rapazes, vêm de encontro a esta caracterização.

As adolescentes do sexo feminino demonstram, também, maiores níveis de prática de comportamentos assertivos relativos à expressão e gestão de limitações pessoais, o que vem de encontro a trabalhos anteriores internacionais com amostras adolescentes (Eskin, 2003) e adultas (Bridges, et al., 1991). Pelo contrário, as raparigas manifestam indicadores de baixa competência assertiva, ao demonstrarem maior ansiedade ao serem assertivas, nomeadamente

quando se trata de tomarem a iniciativa e de expressarem sentimentos negativos. Estes resultados vêm de encontro a trabalhos internacionais (Arrindell & van der Ende, 1985). Os contextos sociais diferenciados que estão aqui evidentes poderão justificar estes resultados. De facto, parece ser mais fácil para as mulheres estar numa posição de subordinado, associada à expressão das próprias limitações, à não tomada de iniciativa e à não expressão de sentimentos negativos, por se terem emancipado apenas recentemente (Rakus, 1991). Já os sujeitos do sexo masculino parecem sentir maior ansiedade em situações de expressão de sentimentos positivos e eventos sociais de confraternização (Caballo et al., 2008).

Os resultados obtidos indicam, por outro lado, que os alunos do sexo masculino demonstram maior reconhecimento de si mesmos enquanto competentes a nível funcional, enquanto as raparigas, como descrito acima, se reconhecem como competentes a nível afectivo. Tal vem de encontro aos resultados que indicam que a auto-estima masculina parece estar ligada à luta pela realização individual, enquanto a auto-estima feminina depende mais das ligações aos outros (Harter, 1999; Papalaia, et al., 2001).

No que se refere à variável idade, os resultados obtidos confirmam serem os alunos mais velhos, nomeadamente os que frequentam o 12º ano, a apresentarem maiores níveis assertivos. Especificamente, praticam com mais frequência a expressão de sentimentos negativos e reconhecem-se como mais competentes a nível funcional. Tal vem de encontro a trabalhos anteriores com amostras adolescentes internacionais, que acrescentam que as maiores oportunidades de aprendizagem de competências sociais e de obter reforços positivos pela sua prática poderão contribuir para maior confiança e auto-eficácia na prática assertiva, verificada quer em adolescentes mais velhos (Eskin, 2003), quer em sujeitos com maior nível educacional (Onyeizugbo, 2003).

Considerando o nível socioeconómico, os resultados confirmam a hipótese colocada, já que são os alunos pertencentes ao nível socioeconómico alto a apresentarem maior auto-reconhecimento de aptidão funcional, maior prática de comportamentos assertivos referentes à tomada de iniciativa, e menor desconforto ou tensão ao tomar a iniciativa, expressar sentimentos negativos ou expressar e gerir limitações pessoais. Estes dados poderão ser fundados em diferentes estilos parentais que têm sido associados, por um lado à aprendizagem e desenvolvimento de competências assertivas (Engels, et al., 2002) e, por outro, ao nível socioeconómico alto (Bradley & Corwyn, 2002; Early & Eccles, 1995). Este estilo parental é caracterizado por maior flexibilidade, ensino por conversação e empatia, e autonomia e participação na tomada de decisão proporcionada à criança. A flexibilidade parental, nomeadamente em relação ao sexo da criança, parece ser de extrema importância, já que os estilos parentais influem de forma diferente na resposta assertiva de rapazes e raparigas (Drozdz & Pokorski, 2007). É importante que os pais estejam preparados para flexibilizar as suas práticas, sempre fundadas num equilíbrio entre protecção e autonomia para com os seus filhos.

No que se refere à caracterização da amostra em função do desempenho escolar, os resultados indicam que os sujeitos com menor nível de reprovações relatam maior identificação à vertente de aptidão pessoal funcional integrante do esquema interpessoal assertivo. Estes resultados vêm de encontro a trabalhos anteriores que associam a assertividade a interações mais positivas com pares e professores, interpretadas como reflexo de competências sociais e também intelectuais (Fredriksen & Rhodes, 2004); a uma comunicação eficaz na sala de aula e consequente desempenho e satisfação académica (Frymier, 2005); e a maior motivação académica (Niebuhr & Niebuhr, 1999). Todos estes aspectos tornam expectável que o aluno assertivo seja um aluno bem-sucedido a nível do desempenho escolar.

A análise de resultados relativamente aos níveis assertivos da amostra em estudo permite referir, considerando o critério comportamental mais fortemente associada à definição de assertividade (Vagos & Pereira, 2009b), que apenas 32% da amostra demonstra prática de comportamento assertivo acima da média, sendo menos frequentemente praticada a assertividade negativa. No mesmo sentido vêm os dados obtidos com o critério de nível de desconforto ou tensão ao ser assertivo abaixo da média, que apenas 39% da amostra cumpriu. Estes dados confirmam a adolescência como uma fase de desenvolvimento essencial à aquisição de competências sociais (Larson, et al., 2002), que não estarão ainda completamente definidas, deixando o adolescente vulnerável a problemas sociais e ausência de assertividade (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Silva, 2004).

Os resultados relativos à identificação ao esquema assertivo são, neste sentido, por um lado concordantes e, por outro, promissores. Cerca de 51% da amostra identifica-se acima da média às dimensões cognitivas de assertividade, especialmente à aptidão pessoal afectiva. Por um lado, e em conjugação com os resultados obtidos para a frequência de comportamento e para o desconforto ao ser assertivo, estes dados indicam que as dificuldades dos adolescentes desta amostra serão provavelmente transitórias e associadas às maiores exigências sociais naturalmente colocadas ao adolescente (Engels, et al., 2002; Papalaia, et al., 2001). A não existência de uma estrutura cognitiva negativa de base indica que as dificuldades relatadas serão provavelmente associadas apenas a circunstâncias específicas do desenvolvimento adolescente e das exigências sociais acrescidas que tal acarreta, que têm sido fortemente associadas a variações na resposta assertiva (Heimberg & Becker, 1981; Smye & Wine, 1980).

Por outro lado, a estrutura positiva que verificámos existir que poderá mais facilmente fundar o confronto e superação destas exigências sem quebra de auto-estima e sem desenvolvimento de psicopatologia, permitindo o usufruto dos benefícios associados a relações satisfatórias com pares na adolescência (Tarrant, et al., 2006). A mediação cognitiva entre a situação e a resposta assertiva foi comprovada precocemente (Heimberg, et al., 1983; Robinson & Calhoun, 1984), pelo que a existência de uma estrutura cognitiva positiva poderá servir de protecção e promoção da resposta assertiva, à semelhança do papel protector atribuído aos

esquemas interpessoais positivos funcionais (Elliott & Lassen, 1997; Horowitz, 1991). Os dados obtidos neste trabalho vêm neste sentido, ao indicarem que a presença de crenças interpessoais assertivas se associa a níveis mais reduzidos de interferência auto-relatada, na escola, com os amigos ou com a família.

Conjugando as três dimensões consideradas, ou seja, resultados acima da média na identificação ao esquema interpessoal assertivo e na frequência de comportamento assertivo praticado, e abaixo da média no desconforto ou tensão sentido ao ser assertivo, verificamos que apenas cerca de 10% da amostra cumpre esta coincidência de características. Ainda que cognições e auto-declarações positivas tenham forte influência na prática assertiva (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990; Trower, et al., 1982), estes dados apontam para esta prática ser também fortemente determinada por circunstâncias situacionais e desenvolvimentais.

Por outro lado, será importante considerar a associação entre as medidas consideradas. O esquema interpessoal assertivo poderá associar-se mais ao tipo de comportamento praticado (Como faço? O que faço?) do que à frequência de comportamento praticado (Quantas vezes faço? Com que frequência faço?). A ECI avalia a frequência de comportamento praticado face a contextos sociais pertinentes ao ser assertivo, mas não como este comportamento é praticado. Por exemplo, seria diferente avaliar quantas vezes uma pessoa *Conta a um grupo de pessoas o que lhe aconteceu* (#3 de ECI-C e #2 de ECI-R) ou se o faz olhando nos olhos e alternando o discurso com o seu interlocutor, usando frases afirmativas e auto-expressivas, etc. De referir que a prática de comportamento assertivo, independentemente da sua qualidade, apenas pareceu associar-se à interferência sentida na relação com amigos, indicando que a qualidade com que a competência assertiva é praticada poderá acrescer à interferência positiva nas esfera familiar e escolar do adolescente.

### Hipótese 3)

*As medidas de cognição, afecto e comportamento relativamente ao mesmo constructo correlacionar-se-ão de forma positiva e estatisticamente significativa.*

A ansiedade social deve ser vista como tendo uma natureza multidimensional, podendo associar-se a reactividade fisiológica aumentada, estilos cognitivos maladaptativos e/ou evitamento de situações/ eventos sociais (Turner, Beidel & Larkin, 1986), além da típica activação emocional em eventos sociais. Os resultados obtidos confirmam esta ilação teórica, já que verificámos existirem correlações significativas e positivas entre as medidas de cognição social negativa, evitamento e ansiedade, consideradas para a variável ansiedade social. Assim, a ansiedade social parece representar uma expressão conjugada ao nível das três dimensões do

funcionamento psicológico, tal como postulado pelos modelos cognitivos de ansiedade social (Clark, 2001; Rapee & Heimberg, 1997).

No que se refere a assertividade, verificámos existirem correlações significativas entre a identificação a um esquema interpessoal assertivo e o desconforto ou tensão sentido ao ser assertivo, por um lado, e entre a identificação a um esquema interpessoal assertivo e a frequência da prática de comportamento assertivo, por outro. Assim, a expressão emocional e comportamental de assertividade parece estar fundada numa visão positiva de si mesmo e das próprias competências, a nível pessoal e interpessoal (Castanyer, 2005; Martins, 2005; Park & Yang, 2006; Trower, et al., 1982). Pelo contrário, as correlações encontradas entre as medidas comportamentais e afectivas nem sempre foram significativas, salientando a diferença entre estas duas dimensões do funcionamento psicológico (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990). Mais uma vez poderá estar em causa a diferenciação entre a frequência e a eficiência com que se pratica o comportamento assertivo. A ansiedade ou desconforto em situações sociais tem sido associado a comportamento socialmente ineficaz, que não suscita respostas sociais positivas ou reforçadoras (Spence, et al., 1999), sem que a ausência de ansiedade necessariamente resulte no aumento do comportamento funcional (Hopko, McNeil, Zvolensky, & Eifert, 2001). O prejuízo funcional da ansiedade sobre a prática assertiva poderá ter sido descurado com as medidas utilizadas.

#### **Hipótese 4)**

*As medidas de cognição terão poder preditivo estatisticamente significativo sobre medidas de afecto e comportamento, referentes ao mesmo constructo.*

Os resultados obtidos com as análises de regressão sobre as medidas de ansiedade social, por um lado, e sobre as medidas de assertividade, por outro, confirmam esta hipótese.

Especificamente, as medidas cognitivas de ansiedade, referindo-se a pensamentos sociais negativos tipicamente associados a ansiedade social, surgem como preditores significativos por um lado da activação ansiosa em eventos sociais, e por outro do evitamento comportamental. Estes resultados vêm de encontro ao modelo cognitivo (A. T. Beck, 1996; J. Beck, 1997), que refere que a reacção a uma determinada situação se inicia na activação cognitiva e que desta depende a subsequente activação emocional e comportamental. De notar que tanto pensamentos negativos associados à interacção social como associados ao desempenho público se mostraram significativos nestes modelos preditivos, o que reforça a associação destes dois grandes domínios sociais à ansiedade social (A.P.A., 2002).

No que respeita à assertividade, os modelos regressivos em análise foram significativos, indicando que as dimensões cognitivas de gestão interpessoal e aptidão pessoal funcional e afectiva surgem como preditores significativos do desconforto ao ser assertivo e da prática de comportamentos assertivos. Tal vem de encontro às evidências que têm sido reunidas acerca da presença de uma estrutura cognitiva, que medeia o evento social e a resposta social que lhe é dada (Bruch, et al., 1988; Vagos & Pereira, 2007b). No entanto, convém ressaltar que a variância explicada pelas dimensões referidas do esquema interpessoal assertivo sobre as variáveis dependentes consideradas foi muito reduzida, cerca de 11%. O modelo cognitivo postula a existência intermédia de pensamentos automáticos, entre a activação de estruturas cognitivas e as respostas emocionais e comportamentais integradas subsequentes (A. T. Beck, 1996; J. Beck, 1997). A consideração de uma medida de pensamentos sociais poderia aumentar a capacidade preditiva da cognição sobre a emoção e comportamento na assertividade, já que a presença de pensamentos automáticos negativos se associa a menor conforto, prática e qualidade de desempenho assertivo (Derry & Stone, 1979).

De notar que apenas as dimensões cognitivas referentes à gestão interpessoal e aptidão pessoal funcional e afectiva surgiram como preditores significativos de assertividade. A primeira refere-se à ponderação equitativa de si próprio e do outro na interacção, o que vem de encontro a uma definição mais actual, positiva e socialmente reforçadora de assertividade (Rakus, 1991). A segunda refere-se a uma visão positiva da própria competência funcional e afectiva, o que se liga à auto-estima, variável que tem sido fortemente associada à assertividade (Castanyer, 2005; Martins, 2005; Park & Yang, 2006; Stake, et al., 1983). Pelo contrário, a dimensão de apoio emocional externo é mais associada a uma perspectiva afectiva sobre a relação social, que não tem sido tão directamente associada a assertividade, conforme pode ser confirmado pela revisão de literatura efectuada no Capítulo 2. Assim, as dimensões cognitivas predictoras de respostas emocionais e comportamentais assertivas são as que mais directamente têm sido associadas ao conceito.

#### **Hipótese 5)**

*As medidas de ansiedade social e assertividade correlacionar-se-ão de forma negativa e estatisticamente significativa.*

Os resultados obtidos confirmam esta hipótese. As correlações foram especialmente fortes em medidas sobre a mesma dimensão do funcionamento psicológico, ou seja, entre as medidas de cognição de ansiedade social e assertividade, entre as medidas de afecto de ansiedade social e assertividade, e entre as medidas de comportamento de ansiedade social e assertividade. No entanto, neste último caso, as correlações nem sempre foram significativas,

sendo a prática de comportamentos de expressão de sentimentos negativos a que menos se associa a evitamento comportamental.

Estes resultados poderão ter duas implicações teóricas importantes. Por um lado, o comportamento referente à definição primária de assertividade, a assertividade negativa, é aquele que menos se associa a tendência para evitamento comportamental. Por outro, poderão estar activos mecanismos diferenciados entre o agir e o não agir, que não são necessariamente contraditórios. Quer isto dizer, que o que leva o sujeito a agir poderá ser diferente do que o leva a não agir, ou seja, a evitar ter determinados comportamentos. De facto, é possível caracterizar diferentes estilos de interacção na infância situados em diferentes pontos da dimensão de aproximação e evitamento. As crianças tímidas expressam um conflito entre aproximar e evitar, enquanto as crianças não sociais tendem a evitar (Neal & Edelmann, 2003). A assertividade é definida como uma variável no contínuo da timidez (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990; Azais, et al., 1999). Logo, a frequência de comportamento assertivo, que se caracterizará por um conflito entre aproximar ou evitar, não se associa a evitamento por si só.

No que se refere às medidas de cognição, os resultados obtidos parecem confirmar os constructos em avaliação: a aptidão pessoal funcional associa-se de forma negativa e mais forte a pensamentos sociais negativos relativos ao desempenho público, enquanto a aptidão pessoal afectiva se associa de forma significativa e mais forte com pensamentos sociais negativos relativos à interacção social. No que respeita a medidas de afecto, verificamos que o desconforto face à expressão de sentimentos negativos se associa de forma positiva e mais forte à ansiedade suscitada em situações de interacção assertiva.

As diferenças encontradas em grupos constituídos por medidas de ansiedade social nos resultados obtidos em medidas de assertividade e vice-versa confirmam também a associação entre estas variáveis. Os sujeitos que apresentaram maiores níveis de ansiedade social nas várias medidas consideradas foram, também, os que apresentaram menores níveis de assertividade, expressos em menor identificação ao esquema assertivo, maior desconforto sentido ao ser assertivo e menor frequência de comportamento assertivo praticada. O oposto é também verdade. Os sujeitos que apresentaram maiores níveis de assertividade, expressa em maior identificação ao esquema interpessoal assertivo, menor desconforto sentido ao ser assertivo e maior prática frequente de comportamento assertivo, são também aqueles a expressarem maiores níveis de ansiedade social, a nível cognitivo, emocional e comportamental.

Os resultados descritos são fundamentados na literatura. A associação entre ansiedade social e défice de competências sociais, nomeadamente assertivas, tem sido manifesta na literatura, especialmente na observação objectiva do desempenho social de sujeitos com ansiedade social. Os sujeitos que expressam maiores níveis de ansiedade social demonstram um desempenho social mais pobre, a nível do comportamento verbal e não verbal, auto e hetero-

avaliado. O inverso é igualmente verdade (Beidel, et al., 2007; Smári, et al., 1998; Spence, et al., 1999).

#### **Hipótese 6)**

*O modelo de equações estruturais referente às associações esperadas de acordo com o modelo cognitivo entre cognição, afecto e comportamento na ansiedade social apresentará qualidade de ajustamento.*

Considerando a evidência da literatura referente à existência de factores cognitivos na etiologia e manutenção da ansiedade social, esperávamos ver confirmada a associação entre as várias dimensões do funcionamento psicológico, preconizadas pelo modelo cognitivo. No entanto, os resultados obtidos não atestam a qualidade de ajustamento deste modelo, não confirmando esta hipótese.

Estes resultados poderão ser explicados por dois aspectos essenciais, um referente às variáveis em estudo e outro referente à amostra em estudo. Relativamente às variáveis em estudo, por um lado não considerámos nesta análise uma variável tocante a estruturas cognitivas e, por outro, considerámos uma medida de evitamento comportamental e não de prática comportamental, nomeadamente de comportamentos de segurança. De facto, os modelos cognitivos de ansiedade social referem a activação integrada de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos com base em representações mentais prévias (Rapee & Heimberg, 1997), e que o enviesamento cognitivo típico de ansiedade social se associa à prática de comportamentos de segurança, não sendo referido o evitamento comportamental (Clark, 2001). Assim, a ausência de uma estrutura cognitiva de base neste modelo, bem como a consideração não do que o sujeito faz face a essa activação cognitiva mas sim do que ele não faz, poderão ter trazido limitações ao ajustamento deste modelo.

No que concerne à amostra em estudo, trata-se de uma amostra adolescente, e portanto, em constante mutação no que se refere a medos sociais, que são típicos e normalmente transitórios nesta faixa etária (Silva, 2004). Também por tratar-se de uma amostra não clínica, o processamento cognitivo associado à ansiedade social poderá não ser tão marcado e, por isso, não se manifestar de forma tão evidente no modelo em análise. De facto, a avaliação dos sintomas cognitivos de ansiedade social tem-se cingido à presença de pensamentos sociais negativos e aos processos de interpretação face a eventos sociais (Alfano, et al., 2006; Huppert, et al., 2003; Magnusdottir & Smari, 1999; Myers, et al., 2008; Rheingold, et al., 2003), o que significa que a associação entre as manifestações cognitiva, comportamental e emocional de ansiedade social na adolescência não havia sido previamente investigada. Continuam a ser necessários trabalhos que procurem caracterizar a ansiedade social e a vivência adolescente da



ansiedade social, principalmente na adolescência média e tardia (Neal & Edelman, 2003). Os resultados obtidos indicam que a compreensão da vivência de ansiedade social na adolescência tardia, de acordo com o modelo cognitivo, terá de considerar variáveis relativas às estruturas cognitivas implicadas, à prática comportamental típica, e de forma diferenciada em amostras clínicas e não clínicas.

#### **Hipótese 7)**

*O modelo de equações estruturais referente às associações esperadas de acordo com o modelo cognitivo entre cognição, afecto e comportamento na assertividade apresentará qualidade de ajustamento.*

O modelo de equações estruturais assim definido apresentou uma qualidade de ajustamento aceitável, confirmando a mediação cognitiva precocemente verificada na assertividade (Bruch, et al., 1988; Golden, 1981; Heimberg, et al., 1983; Robinson & Calhoun, 1984; Schwartz & Gottman, 1976).

Alguns trabalhos têm mostrado que não basta saber como desempenhar respostas comportamentais tipicamente assertivas, a nível verbal ou não verbal. Mesmo com conhecimento simbólico acerca de como agir assertivamente, os sujeitos podem não praticar este conhecimento (Deluty, 1981; Thompson, et al., 1995; Thompson, et al., 1996; Trower, et al., 1982). O caminho indirecto entre o conhecer e o agir poderá ser mediado pela activação cognitiva, ao nível de estruturas e processos. A assertividade foi relacionada à presença de um esquema pessoal, caracterizado por maior valorização da experiência assertiva e associado a maiores experiências pessoais de ser assertivo (Bruch, et al., 1988). Já o défice assertivo foi associado a quatro temas cognitivos, revistos por Golden (Golden, 1981) para fundamentarem a construção do seu instrumento de avaliação. São eles: medo de rejeição e necessidade de aprovação, super preocupação com outros, auto-avaliação negativa, e expectativas altas e perfeccionistas sobre o próprio desempenho.

O esquema interpessoal assertivo é caracterizado por uma visão positiva destes temas, nomeadamente a igualdade e preocupação mútua entre o próprio e o outro, e expectativas realistas e positivas acerca das próprias competências e desempenho. Esta perspectiva positiva provou poder explicar o desenvolvimento de baixos níveis de desconforto ao ser assertivo e de altos níveis de prática de comportamento assertivo, assumindo, portanto, o papel mediador entre o conhecer e o agir que havia sido atribuído à activação cognitiva na assertividade.

### Hipótese 8)

*O modelo de equações estruturais referente às associações esperadas de acordo com o modelo cognitivo entre cognição, afecto e comportamento na ansiedade social e assertividade apresentará qualidade de ajustamento.*

A análise de um modelo de equações estruturais que conjugasse as medidas de ansiedade social e assertividade partiu de um pressuposto central: ansiedade social e assertividade têm uma base cognitiva em comum, que despoleta respostas emocionais semelhantes, que por sua vez divergem ao nível comportamental. O que distingue ansiedade social e assertividade poderá ser evitamento, por um lado, e comportamento explícito, por outro. Este pressuposto foi baseado em evidência da literatura. Senão vejamos.

A ansiedade social tem sido associada à presença de esquemas interpessoais assertivos, de forma diferenciada, quer se trate de medo de avaliação negativa ou de comportamentos de evitamento. O medo de avaliação negativa tem sido associada a uma representação perfeccionista do próprio desempenho, quando se acredita ser socialmente incompetente e dependente dos outros, vulnerável ao perigo e devendo sacrificar as próprias necessidades e vontades às necessidades e vontades dos outros (Cunha & Pinto-Gouveia, 1999; Pinto-Gouveia, et al., 2006). Estes temas correspondem largamente aos encontrados na associação entre uma versão mais actualizada de esquemas interpessoais e assertividade (Vagos & Pereira, 2007a, 2007b). Nestes trabalhos, baixos níveis de assertividade foram associados a representação da própria incompetência para estabelecer e ter desempenhos adequados, face a outros emocionalmente distantes, a quem se deve subjugar as próprias necessidades, vontades e auto-expressão para que as relações sejam mantidas. Esta coincidência de temas cognitivos centrais justifica que o esquema interpessoal assertivo, que figura uma perspectiva positiva destes temas, seja considerado como estrutura cognitiva comum entre ansiedade social e assertividade.

O evitamento comportamental foi associado a temas cognitivos não inteiramente coincidentes com os temas referentes ao medo de avaliação negativa e défice assertivo. O evitamento parece associar-se a uma representação defeituosa de si mesmo, subjugado a outros emocionalmente distantes, humilhantes e abusadores. O próprio é também representado como alguém diferente, isolado dos outros, e indesejável a nível emocional (Pinto-Gouveia, et al., 2006). A representação negativa dos outros enquanto abusadores, e humilhantes, e a representação de si próprio enquanto diferente, isolado e indesejável não fazem parte dos temas cognitivos descritos acima como associados ao medo de avaliação negativa característico de ansiedade social e à assertividade, pelo que o esquema interpessoal poderá não conseguir explicar a tendência a evitamento comportamental. Tal poderá explicar os resultados obtidos no primeiro modelo testado, que indicam que o esquema interpessoal assertivo não parece poder

predizer com qualidade estatística a variação nas medidas de ansiedade social, onde se inclui uma medida de evitamento comportamental.

A baixa qualidade de ajustamento verificada para o terceiro e quinto modelo estrutural testado poderá ser explicada pelo mesmo motivo. A consideração da prática de comportamentos de segurança poderia por em causa esta análise, representando a dimensão de conflito entre aproximação e evitamento típica de timidez (Neal & Edelmann, 2003), que por sua vez se associa à assertividade (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990; Azais, et al., 1999).

A presença de conflito cognitivo, como maior número de pensamentos sociais negativos do que positivos, tem sido associada tanto à ansiedade social (Alfano, et al., 2006; Beazley, et al., 2001; Stopa & Clark, 1993, 2000) como ao desempenho social assertivo (Bruch, 1981; Eceiza, et al., 2008; Heimberg & Becker, 1981; Heimberg, et al., 1983). Este conflito associa-se à maior activação emocional e pior desempenho comportamental na ansiedade social (Alden & Taylor, 2004; Hofmann, 2007; Kachin, et al., 2001). Igualmente, sujeitos com pensamentos automáticos negativos tendem a sentir-se menos confortáveis em situações assertivas, e praticarem menos comportamento, e com menor qualidade (Derry & Stone, 1979). A presença de pensamentos sociais negativos parece presente e influente tanto na ansiedade social como na assertividade, logo a inclusão de uma medida de pensamentos sociais negativos como intermédia entre a estrutura cognitiva, representada pelo esquema interpessoal assertivo, e a activação emocional e comportamental integrada posterior surge justificada. Além disso, a inclusão desta medida cognitiva intermédia permite completar o modelo cognitivo, de acordo com as suas premissas básicas (A. T. Beck, 1996; J. Beck, 1997).

A consideração desta base cognitiva conjunta terá contribuído para a qualidade do ajustamento verificada para os modelos de desempenho social 2 e 4. Estes modelos partem da estrutura cognitiva, que influi de forma negativa nos pensamentos sociais negativos suscitados. Ou seja, quando mais o sujeito se identificar ao esquema interpessoal assertivo, menos pensamentos sociais negativos tende a reconhecer como característicos do seu funcionamento em situações interpessoais. Estes pensamentos negativos influem, por um lado, de forma positiva na activação emocional de desconforto e/ou ansiedade em situações sociais e, por outro, de forma negativa na frequência de comportamento assertivo praticada. Quer isto dizer que o maior endosso de pensamentos sociais negativos se associa a maiores níveis de desconforto e/ou ansiedade em situações sociais e a menores níveis de prática de comportamento assertivo.

O modelo de desempenho social 5, que apresenta níveis de ajustamento próximos dos critérios de qualidade de ajustamento considera duas formas de expressão comportamental resultante da activação cognitiva conjunta de estrutura e produtos cognitivos. As duas formas de expressão comportamental consideradas são a frequência de comportamento assertivo, por um lado, e o evitamento comportamental, por outro. Sendo o evitamento a única variável nova neste modelo em comparação com o modelo 4, será a única explicação para a diminuição na

qualidade de ajustamento, reiterando o que foi dito acima. O evitamento comportamental poderá situar-se num ponto distante no contínuo de aproximação - evitamento, não apenas a nível comportamental como também cognitivo.

Estes resultados confirmam o ciclo interpessoal característico de ansiedade social. O indivíduo com ansiedade social apresenta-se com uma postura receosa, com pena de si próprio em eventos sociais, demonstra défice de competências sociais e estranheza na situação social, não sendo assertivo. Esta postura leva a que suscite respostas negativas nos outros, que por sua vez confirmam as expectativas e os motivos para ter medo de eventos sociais (Alden & Taylor, 2004; Creed & Funder, 1998). Tal torna-se especialmente preocupante na adolescência. Se as crianças que brincam mas não são assertivas são classificadas sociometricamente como indiferentes para os pares, tornam-se rejeitadas enquanto adolescentes (Neal & Edelman, 2003). Assim, urge identificar e intervir precocemente junto a adolescentes que possam manifestar dificuldades sociais, caracterizadas por ansiedade social e défice de competências assertivas. Foi este o objectivo do estudo três deste trabalho.

## Síntese de Capítulo

Neste estudo de natureza quantitativo-correlacional procuramos identificar, caracterizar e compreender a ansiedade social, a assertividade, e a associação entre estas variáveis, enquanto manifesta numa amostra de 679 adolescentes do ensino secundário público em Portugal. Esta amostra foi constituída por uma maioria de alunos do sexo feminino e sem história de reprovações escolares. Já no que respeita ao ano de escolaridade e nível socioeconómico, verificamos uma distribuição relativamente equitativa entre o 10º, 11º e 12º ano e entre o nível socioeconómico baixo, médio e alto, respectivamente. Os alunos que compuseram esta amostra tiveram idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos, com uma média de 16.68.

Os quatro instrumentos utilizados para a recolha de dados provaram a sua adequabilidade psicométrica, no que respeita a consistência interna e constituição factorial, garantido a confiança nos resultados alcançados. Os resultados obtidos permitem confirmar as hipóteses colocadas, e vêm de encontro aos resultados encontrados em trabalhos anteriores.

No que se refere à variável ansiedade social, foram os alunos do sexo feminino, a apresentarem níveis mais elevados de ansiedade social, confirmando que as adolescentes do sexo feminino são mais preocupadas com o estabelecimento de relações íntimas e de qualidade, o que as torna mais sensíveis e ansiosas em contextos sociais. Os alunos de nível socioeconómico mais baixos apresentaram, também, níveis mais elevados de ansiedade social, o que poderá associar-se aos estilos parentais associados a esta classe, que surgem também como factores etiológicos de ansiedade social. Por fim, foram os alunos mais novos a apresentarem níveis mais elevados de ansiedade social, embora de forma diferenciada em diferentes contextos sociais, o que é indicativo da pertinência da exposição e experimentação social para a diminuição gradativa e normativa dos medos sociais na adolescência. Verificámos, também, uma associação entre a experiência de ansiedade social e a história de reprovações escolares, o que confirma a interferência negativa da experiência de ansiedade social no desempenho escolar.

Para compreender esta variável, procurámos as associações e poder preditivo dos resultados da medida cognitiva sobre os resultados da medida emocional e comportamental, de acordo com os pressupostos do modelo cognitivo. Os resultados obtidos permitem concluir pela existência de associações entre estas medidas e pelo poder preditivo de pensamentos sociais negativos sobre a intensidade da ansiedade e frequência de evitamento em situações sociais.

No que respeita à variável assertividade, verificámos resultados inconsistentes no que se refere ao sexo, já que as adolescentes do sexo feminino demonstram maior comportamento assertivo mas também maiores níveis de desconforto ao fazê-lo. Tal poderá ser explicado pela sua maior preocupação com as relações sociais, que por um lado as torna mais apreensivas, mas por outro as torna mais atentas e responsivas às contingências da situação e do parceiro de

interacção, dando uma resposta social assertiva. No que concerne à idade, verificámos serem os alunos mais velhos a apresentarem maiores níveis de assertividade, remetendo para a importância da vivência social para a aprendizagem, desenvolvimento e prática destas competências. Por fim, foram os alunos do nível socioeconómico mais alto a manifestarem maiores níveis de assertividade, o que mais uma vez poderá associar-se aos estilos parentais que caracterizam esta classe e que surgem também como factores etiológicos de assertividade. De notar, ainda, que os alunos com menos reprovações representaram-se como mais capazes a nível funcional, o que confirma a importância dos esquemas interpessoais positivos no funcionamento quotidiano do adolescente.

Como forma de compreender esta variável, procurámos as associações e poder preditivo dos resultados da medida cognitiva sobre os resultados da medida emocional e comportamental, de acordo com os pressupostos do modelo cognitivo. Os resultados confirmam os postulados deste modelo, já que verificámos que a medida cognitiva de esquema interpessoal possui poder preditivo sobre o desconforto e a frequência de comportamento assertivo, através de análise regressivas e de ajustamento de modelos de equações estruturais.

Referindo-nos às associações entre ansiedade social e assertividade, verificámos serem significativas e negativas, indicando que quanto maiores os níveis de ansiedade social experienciados, menores os níveis de competência assertiva, e vice-versa. Estes resultados permitem a confirmação empírica da associação tida implicitamente como verdadeira, principalmente ao nível da intervenção na ansiedade social. Será de referir que as associações entre frequência de comportamento e evitamento foram, de uma forma geral, muito baixas, o que salienta a diferenciação destas duas formas de expressão comportamental, que representam pontos distantes no contínuo de aproximação - evitamento social.

O mesmo facto poderá explicar o ajustamento de modelos de equações estruturais aumentado ao considerar a frequência de comportamento e diminuído ao considerar o evitamento comportamental. A qualidade do ajustamento verificado para os modelos que associaram medidas de ansiedade social e assertividade confirma a utilidade da aplicação do modelo cognitivo à compreensão do adolescente tímido e inibido. Para este adolescente, a presença de um esquema cognitivo pouco positivo poderá associar-se à activação de pensamentos sociais negativos, que por sua vez se associam à activação de ansiedade e desconforto em situações sociais por um lado, e à activação de baixa frequência de comportamento assertivo, por outro.

As evidências empíricas encontradas neste estudo justificam a implementação de um programa de intervenção para gestão de ansiedade social e promoção de competências assertivas junto a adolescentes tímidos ou inibidos, fundamentado no modelo cognitivo.



---

## **CAPÍTULO 7: ESTUDO TRÊS - PROMOÇÃO DO DESEMPENHO SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA**

---



## Capítulo 7: Estudo Três - Promoção do Desempenho Social na Adolescência

### 7.1 Enquadramento Conceptual e Metodológico

A adolescência é um período de desenvolvimento que coloca especial ênfase na interação social (Tarrant, et al., 2006), cuja qualidade contribui para o ajustamento psicológico e social. No entanto, é também nesta fase que as exigências sociais são acrescidas, o que torna o adolescente especialmente vulnerável a dificuldades sociais, nomeadamente ansiedade social e défice de competências assertivas (Landazabal, 2006). A ansiedade social é caracterizada por medo de avaliação negativa em eventos sociais em que o sujeito acredite poder ser observado ou avaliado por outros (A.P.A., 2002). Tem um início precoce e estável (Furmark, 2002), sem remissão espontânea de sintomas. Por seu turno, o défice assertivo refere-se à incapacidade de se expressar de forma espontânea, aberta, honesta em variados contextos sociais (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990). Estes dois tipos de dificuldades sociais parecem associar-se de forma recíproca, já que podem ser antecedente ou consequente mútuo (Cf. Capítulo 3; ponto 3.2). Esta associação e co-existência entre ansiedade social e défice de competências sociais, nomeadamente assertivas, têm sido especialmente verificadas na infância e adolescência (Levitan, Rangé, & Nardi, 2008).

A intervenção precoce e preventiva surge como essencial face a estas dificuldades, por se tratar de uma população muito jovem, na qual estas dificuldades podem significar graves consequências a longo prazo (Beidel, et al., 1985; La Greca & Lopez, 1998; Pinto-Gouveia, 2000; Rapee & Spence, 2004), por se tratar de dificuldades que causam maior interferência no funcionamento do adolescente do que outras perturbações psiquiátricas ou médicas, como por exemplo depressão ou doença coronária (Salvadora, 2010). Em Portugal, o único programa de intervenção manualizado e estruturado de que temos conhecimento para população jovem com perturbação de ansiedade social foi publicado muito recentemente, por Salvador (2010). Este programa faz uso de técnicas de exposição comportamental com controlo do foco de atenção, junto a população adolescente com fobia social generalizada, e define-se por não incluir treino de competências sociais.

Considerando os dados obtidos no estudo dois, bem como a pertinência de uma intervenção preventiva, o presente trabalho pretende avaliar a eficácia de um programa de promoção de habilidades sociais e gestão de ansiedade social, destinado a adolescentes com défice de competências assertivas e ansiedade social, numa expressão sub-clínica. O programa em avaliação foi denominado Aptidões para o Sucesso Académico e Social (ASAS) e está descrito no capítulo 4 (ponto 4.2). Pretende ser abrangente e contextualizado no ambiente escola,

incluindo o apoio directo a alunos alvo e a optimização das suas redes de suporte social, a saber, pais, professores e pares (Vagos & Pereira, 2009a). Resulta da sistematização de recolha bibliográfica acerca dos programas de intervenção na ansiedade social (Cf. Capítulo 1; ponto 1.7) e competências sociais, especificamente assertividade (Cf. Capítulo 2; ponto 2.5), sendo dirigido a adolescentes que apresentam dificuldades mas não estão ainda sinalizados como possuindo perturbação clínica. O diagnóstico e intervenção precoce pode prevenir o aparecimento de disfunção intra e interpessoal a longo prazo (Beidel, 1998), pelo que a intervenção a este nível surge como pertinente. Por outro lado, a contextualização da intervenção na escola permite fazer chegar mais facilmente a intervenção ao adolescente com este tipo de dificuldades, que na maioria dos casos não chega a pedir ajuda (Albano & DiBartolo, 2007a; Cunha, 2005; Salvador, 2010).

O estudo descrito neste capítulo teve como objectivo a aplicação e avaliação do programa de intervenção construído. Trata-se, portanto, de um trabalho quase-experimental, com recurso a séries temporais de registo (L. Almeida & Freire, 2007), considerando especificamente três momentos: (i) pré-intervenção, (ii) pós-intervenção, e (iii) *follow-up* a 3 meses. Em cada um destes momentos, os sujeitos em intervenção preencheram os questionários relevantes às áreas alvo do programa. O programa foi aplicado em dois ensaios clínicos, o primeiro no decorrer do ano lectivo de 2008/2009 e o segundo no decorrer do ano lectivo de 2009/10. A avaliação da sua eficácia passou por uma comparação intra-grupos, esperando-se observar uma melhoria nos indicadores de ansiedade e competência social assertiva considerados. Especifica e operacionalmente, pretende-se testar as seguintes hipóteses:

- a) O programa ASAS promove a diminuição dos níveis de ansiedade social, enquanto medidos pela EAESSA;
- b) O programa ASAS promove a diminuição dos níveis de pensamentos sociais negativos, enquanto medidos pela EPCS;
- c) O programa ASAS promove o aumento dos níveis de competência assertiva, enquanto medidos pela ECI;
- d) O programa ASAS promove o aumento dos níveis de crenças sociais positivas, enquanto medidas pelo QEIA.
- e) Os ganhos obtidos com o programa ASAS serão mantidos no momento de *follow-up*.

## 7.2 Participantes

A realização do programa ASAS implicou a selecção de alunos com dificuldades sociais caracterizadas por défice ao nível de competências sociais assertivas e ansiedade social.

Igualmente, foi necessário seleccionar alunos com competências sociais acima de média e baixos níveis de ansiedade social, que pudessem ser alunos colaboradores da intervenção, no papel de apoiantes ao desempenho e participação dos alunos alvo, integrados nos eventos sociais previstos neste programa.

### 7.2.1 Ensaio Clínico I

Foi pedido aos professores e psicóloga da escola que sinalizassem alunos que considerassem tímidos, pouco participativos, que parecessem assustados quando chamados a participar e que demonstrassem dificuldades e isolamento social. Com base nesta informação, foram sinalizados 8 alunos. A avaliação dos alunos sinalizados a partir de uma entrevista individual semi-estruturada e alargada (descrita em pormenor nos procedimentos gerais deste capítulo) levou à selecção de cinco participantes para o grupo de intervenção, por cumprirem os critérios de ansiedade social, de acordo com a ADIS-IV (Silverman & Albano, 1996a), e défice de competências sociais, que consideravam incomodar e influir negativamente na sua vida quotidiana. Todos os sujeitos aceitaram participar no grupo de intervenção e foi obtido consentimento dos pais ou encarregados de educação para esta participação. No entanto, apenas três completaram o programa de intervenção, e assim constituem a presente amostra do ensaio clínico I. Todos são do sexo feminino e frequentam o 11º ano de escolaridade, com idades compreendidas entre os 16 e os 17 anos.

#### Sujeito 1

O sujeito 1 apresentou todos os critérios para diagnóstico de ansiedade social considerados na *Anxiety Disorder Interview Schedule for Children* (ADIS-C; Silverman & Albano, 1996a, 1996b), nomeadamente medo de embaraço em situações sociais e evitamento das mesmas (10 situações sociais com nível de ansiedade superior a 5, numa escala de 1 a 8), especificamente de situações de desempenho (em sala de aula ou em locais públicos), que reconhece terem muita interferência na sua vida social e académica (7 numa escala de 1 a 8). Demonstrou igualmente défice de competências sociais, a nível verbal e não verbal. No que se refere à co-morbilidade demonstrou indícios de ansiedade generalizada. Referiu também sentimentos de tristeza depressiva.

De uma forma geral, este sujeito manifestou uma timidez exacerbada, associada a uma relação de sobreprotecção e autoritarismo por parte dos pais que controlam e limitam a sua convivência com pares. Foram notórias dificuldades ao nível da introspecção e auto-avaliação.

### Sujeito 2

O sujeito 2 apresentou todos os critérios para diagnóstico de ansiedade social considerados na ADIS-C (Silverman & Albano, 1996a, 1996b), nomeadamente medo de embaraço em situações sociais e evitamento das mesmas (7 situações com nível de ansiedade superior a 5, numa escala de 1 a 8), especificamente de situações de desempenho (em sala de aula) e de expressão de sentimentos negativos (recusa, desacordo), que reconhece terem alguma interferência na sua vida social e académica (6 numa escala de 1 a 8). Manifestou igualmente algumas dificuldades ao nível de desempenho social, principalmente a nível não verbal. Relativamente à possível co-morbilidade, referiu alguma tristeza depressiva.

De uma forma geral, este sujeito manifestou muita insegurança e dificuldade em expressar-se, procurando aprovação constante.

### Sujeito 3

O sujeito 3 apresentou todos os critérios para diagnóstico de ansiedade social considerados na ADIS-C (Silverman & Albano, 1996a, 1996b), nomeadamente medo de embaraço em situações sociais e evitamento das mesmas (7 situações com nível de ansiedade superior a 5, numa escala de 1 a 8), especificamente ao nível do desempenho (em sala de aula), da expressão de sentimentos negativos (recusa, desacordo) e da tomada de iniciativa. Reconhece que estas dificuldades interferem negativamente na sua vida social e académica (5 numa escala de 1 a 8). Ao nível de competências sociais manifestou dificuldades apenas na sua postura e tom de voz, que evidenciavam nervosismo, tensão e insegurança. No que refere a co-morbilidade, este sujeito aparenta estar a viver um episódio depressivo, com pensamentos negativos acerca de si próprio, dos outros e do futuro, choro fácil e apatia.

A nível do contexto, este sujeito está a vivenciar uma transição académica mal sucedida, descrevendo dificuldades de integração social. Refere ainda algum afastamento em relação à família como grupo de suporte social, a quem não quer relatar as suas dificuldades. De uma forma geral, este sujeito manifestou dificuldades sociais e défice na qualidade das relações sociais que estabelece, que descreveu causarem-lhe sofrimento significativo e influírem no seu auto-conceito e auto-estima.

### 7.2.2 Ensaio Clínico II

Foi pedido aos professores e psicóloga da escola que sinalizassem alunos que considerassem tímidos, pouco participativos, que parecessem assustados quando chamados a participar e que demonstrassem dificuldades e isolamento social. Com base nesta informação, foram sinalizados 8 alunos. A avaliação dos alunos sinalizados a partir de uma entrevista individual semi-estruturada e alargada (descrita em pormenor nos procedimentos gerais deste capítulo) cinco participantes para o grupo de intervenção, por cumprirem os critérios de ansiedade social, de acordo com a ADIS-IV (Silverman & Albano, 1996a), e défice de competências sociais, que consideravam incomodar e influir negativamente na sua vida quotidiana. Todos os sujeitos aceitaram participar no grupo de intervenção e foi obtido consentimento dos pais ou encarregados de educação para esta participação. No entanto, apenas três completaram o programa de intervenção, e assim constituem a presente amostra do ensaio clínico II. Dois são do sexo feminino (sujeitos 4 e 5) e um é do sexo masculino (sujeito 6). Todos frequentam o 10º ano, com idades compreendidas entre os 16 e os 17 anos.

#### Sujeito 4

O sujeito 4 apresentou todos os critérios para diagnóstico de ansiedade social considerados na ADIS-C (Silverman & Albano, 1996a, 1996b), nomeadamente medo de embaraço em situações sociais e evitamento das mesmas (14 situações com nível de ansiedade superior a 5, numa escala de 1 a 8), especificamente ao nível do desempenho (em sala de aula), da expressão de sentimentos negativos (recusa, desacordo) e da tomada de iniciativa. Reconhece que estas dificuldades interferem bastante e de forma negativa na sua vida social e académica (7 numa escala de 1 a 8). No que respeita a competências sociais assertivas manifestou dificuldades ao nível do comportamento verbal e não verbal, calando-se frequentemente, afastando-se, ou, pelo contrário recusando a tarefa ou adoptando uma postura agressiva. No que refere a comorbilidade, este sujeito apresenta e relata alguns sintomas de ansiedade generalizada, referindo ter preocupações constantes, nomeadamente com a escola, que não consegue controlar e que a incomodam. Igualmente, é notório défice de auto-estima e de auto-eficácia.

Este sujeito provém de uma família controladora e superprotectora, que limita a possibilidade de desempenho social da aluna. Algumas actividades sociais (como ir a um centro comercial) estão-lhe completamente vedadas. Igualmente, os pais mostram-se pouco reforçadores e confiantes na capacidade de mudança da aluna. De uma forma geral, a postura desta aluna manifestou uma forte tentativa de conformidade com as normas e exigências que lhe

são colocadas, mas um limiar de activação muito baixo, no que se refere à gestão da frustração; facilmente chora, ri descontroladamente, ou, pelo contrário, torna-se agressiva verbalmente.

#### Sujeito 5

O sujeito 5 não cumpriu os critérios de interferência, mas apenas cumpriu os critérios de ansiedade e evitamento para diagnóstico de ansiedade social considerados na ADIS-C (Silverman & Albano, 1996a, 1996b), nomeadamente medo de embaraço em situações sociais e evitamento das mesmas (7 situações com nível de ansiedade superior a 5, numa escala de 1 a 8), especificamente no que respeita ao desempenho (em sala de aula) e tomada de iniciativa face a estranhos. Trata-se de uma aluna que, apesar de reconhecer algum medo de avaliação negativa, admite conseguir responder a estes sintomas cognitivos e esforçar-se por contradizer a tendência de evitamento associada à sua ansiedade. Reconhece que as suas dificuldades interferem um pouco na sua vida quotidiana (4 numa escala de 1 a 8) e expressa vontade de adquirir novas competências para gerir a sua ansiedade. Ao nível de competências sociais manifestou dificuldades reduzidas e apenas ao nível do comportamento não verbal, acelerando o discurso, apresentando movimentos tensos, e alguns sintomas psicofisiológicos de ansiedade (e.g. corar).

Esta aluna foi integrada no grupo a título provisório por manifestar desejo de aprender novas competências, nomeadamente de relaxamento. A sua participação no grupo foi, no entanto, condicionada a uma avaliação intermédia, em que dinamizadores e aluna discutiram o usufruto que a aluna estivesse a retirar do programa e se seria útil continuar a integrá-la. A família desta aluna mostrou-se preocupada e participativa, descrevendo a filha como tendo algumas dificuldades de socialização, fechando-se sozinha no quarto e raramente conseguindo conversar quando visitam ou são visitados por alguém. Nessas alturas, segundo relato da mãe, diz à mãe sentir-se ansiosa e não saber o que dizer, achar que não será bem-vista e acabando por retirar-se.

#### Sujeito 6

O sujeito 6 não cumpriu os critérios de diagnóstico de ansiedade social considerados na ADIS-C (Silverman & Albano, 1996a, 1996b). Refere não sentir qualquer preocupação com a opinião dos outros, limitando-se a ter os próprios interesses e opiniões. No que respeita a competências sociais assertivas manifestou dificuldades ao nível do comportamento não verbal, apresentando movimentos tensos, e alguns sintomas psicofisiológicos de ansiedade (e.g. corar). Refere raramente expressar a sua opinião, por achar que não vale a pena, ou que os outros não

quererão ouvi-la. Foi por este isolamento social que foi encaminhado para avaliação pelo professor. Ainda assim, o aluno manifestou interesse em participar no programa, com o objectivo de aprender competências e vantagens de se expressar e dar a conhecer em contexto de grupo de pares. Este aluno foi, por isso, integrado no grupo de intervenção. A sua participação no grupo foi, no entanto, condicionada a uma avaliação intermédia, em que dinamizadores e aluno discutiram o usufruto que o aluno estivesse a retirar do programa e se seria útil continuar a integrá-lo. A família deste aluno referiu que o filho normalmente se isola em casa, não conversa ou interage com pais ou irmãos, raramente sai com amigos e limita-se a realizar actividades solitárias, o que vem de encontro à descrição dada do seu comportamento em contexto escolar.

### **7.2.3 Alunos Colaborantes - Apoio de Pares (Ensaio Clínico I e II).**

Três alunos, dois do sexo feminino e um do sexo masculino, foram encaminhados pela psicóloga da escola por manifestarem competências académicas e sociais acima da média. A reunião de pré-selecção em grupo comprovou estas expectativas. Foram-lhes explicados os objectivos do programa e o papel que se esperava desempenharem, nomeadamente de modelarem, incentivarem e reforçarem práticas sociais adequadas. Os alunos mostraram-se disponíveis para participar e foi obtida autorização para esta participação por parte dos seus pais ou encarregados de educação. Todos frequentavam o 11º ano e tinham 16 anos de idade à altura do Ensaio Clínico I; à altura do Ensaio Clínico II frequentavam o 12º ano e tinham 17 anos. Por já conhecerem a dinâmica do programa e estarem disponíveis e interessados em participar, foram mantidos os mesmos alunos para apoio de pares nos dois ensaios clínicos com o programa ASAS.

## **7.3 Instrumentos**

### **7.3.1 Instrumentos de Intervenção**

Este estudo foi fundamentado num programa de intervenção manualizado e estruturado, o que é condição essencial à sua eficácia, por um lado, e à possibilidade de que seja submetido a avaliações *quasi*-experimental ou experimental, por outro (Ollendick & King, 2004; Rishel, 2007). A construção deste programa resultou em dois instrumentos base à sua aplicação: um Manual de Aplicação e Adesão um Livro do Aluno. Estes instrumentos são descritos em pormenor no Capítulo 4, pelo que aqui serão referidos de forma sintética.

#### **7.3.1.1 Manual de aplicação e adesão.**

Trata-se de um manual constituído por duas partes (Vagos & Pereira, 2008b), uma referente à aplicação e outra referente à descrição da adesão ao protocolo de intervenção. Na primeira parte são descritos os procedimentos gerais de selecção de alunos participantes, as componentes teórico-práticas do programa e as sessões que o integram. Este último tópico inclui a descrição de cada temática abordada na sessão, como o deverá ser feito pelo dinamizador, por que ordem, e o tempo médio esperado para cada actividade. O dinamizador é também apoiado nesta aplicação de cada sessão por uma secção de “Discursos Directos”, onde é colocado em discurso corrente como o dinamizador pode introduzir, prosseguir e transitar ao longo de cada sessão. No Anexo XII é possível visualizar a descrição de uma sessão, remetendo para o apoio da secção de “Discursos Directos”. O dinamizador poderá recorrer igualmente à secção “Exemplos práticos” para aceder a alguns exemplos de situações hipotéticas reais que ilustrem a aptidão ou conteúdo em causa. Por fim, nesta parte do manual, é também disponibilizado todo o material de apoio necessário às sessões com alunos e com pais, bem como o material que os alunos têm acesso no seu livro de aluno, para que os dinamizadores possam a cada altura trabalhar estes materiais com os alunos.

A segunda parte deste manual é organizada por sessões. Em cada sessão, o dinamizador deve registar inicialmente quem esteve presente e a duração da sessão. Cada sessão é então esquematizada em objectivos ou actividades principais a realizar e o dinamizador deve referir e assinalar as actividades previstas que tenham ou não sido realizadas. É ainda deixado um espaço em branco para que o dinamizador tome notas acerca de dificuldades encontradas no decorrer da sessão, da forma como os participantes reagiram à sessão, de aspectos que possam facilitar o decorrer do programa ou de mudanças que vão sendo verificadas nos participantes. Um exemplo deste espaço de registo pode ser observado no Anexo XIII. Espaço semelhante foi criado para o registo de sessões individuais, encontros com pais, encontros com professores e eventos sociais. Esta parte do manual inclui, ainda, uma tabela com a organização esperada das sessões, de forma que o dinamizador possa anotar se todas foram realizadas, por que ordem e em que datas.

#### **7.3.1.2 Livro do aluno.**

O Livro do Aluno foi construído para servir de guia e apoio ao aluno ao longo do programa de intervenção (Vagos & Pereira, 2008a). Está organizado por sessões. Em cada sessão o aluno encontra informação didáctica acerca da temática abordada, espaço para realizar as tarefas específicas pedidas durante a sessão, espaço para registar a realização das tarefas de casa, e espaço para preencher uma revisão individual de cada sessão, que é o único espaço comum a



todas as sessões. Uma sessão deste livro do aluno está reproduzida no anexo XIV, de forma a melhor ilustrar a constituição deste material de apoio à aplicação do programa ASAS.

### **7.3.2 Instrumentos para avaliação de eficácia**

O programa de intervenção ASAS adopta uma abordagem cognitivo-comportamental e, por isso, integra estratégias especificamente dirigidas à mudança cognitiva, emocional e comportamental. Assim foram utilizados como instrumentos de recolha de informação e avaliação da eficácia do programa de intervenção quatro instrumentos que abarcam estas três dimensões do funcionamento psicológico, relativamente às duas áreas alvo do programa: ansiedade social e assertividade. Estes instrumentos são descritos em pormenor no Capítulo 4, pelo que aqui serão referidos de forma sintética.

#### ***7.3.2.1 Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Reduzida (ECI-R).***

Trata-se de uma escala de avaliação das dimensões emocional e comportamental de assertividade, composta por 25 itens. Os itens são respondidos pelo próprio aluno em duas escalas de resposta, uma referente ao desconforto ou tensão sentido ao ser assertivo, outra referente à frequência de comportamento assertivo praticada. Cada escala é composta por quatro subescalas correspondentes, que avaliam: 1) expressão de sentimentos negativos (assertividade negativa), 2) expressão e gestão de limitações pessoais; 3) tomada de iniciativa (assertividade de iniciativa), e 4) expressão de sentimentos positivos (assertividade positiva).

Trabalhos anteriores com amostras etárias semelhantes às dos alunos em intervenção comprovam a sua adequabilidade psicométrica, no que se refere à consistência interna, estrutura factorial e validade de constructo, por associação a um instrumento de medida de comportamento assertivo (Cf. Capítulo 4; ponto 4.1.1).

#### ***7.3.2.2 Escala de Pensamentos e Crenças Sociais (EPCS).***

Trata-se de uma escala de medida de pensamentos sociais negativos usualmente associados a ansiedade social. Este instrumento é composto por 21 itens, organizados em duas subescalas, uma referente a 1) pensamentos negativos sobre desconforto na interacção social e outra referente a 2) pensamentos negativos sobre desconforto no desempenho público.

Trabalhos anteriores com este instrumento comprovam a sua adequabilidade psicométrica, no que se refere a níveis consistência interna, estrutura factorial e validade de constructo, por associação a uma medida de ansiedade social (Cf. Capítulo 4; ponto 4.1.).

#### ***7.3.2.3 Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo (QEIA).***

Trata-se de um instrumento de avaliação de um conjunto de crenças positivas associadas à assertividade, referentes a si próprio, ao outro e às interações sociais. É composto por 21 itens organizados em 4 subescalas: 1) apoio emocional externo, 2) aptidão pessoal funcional, 3) gestão interpessoal, e 4) aptidão pessoal afectiva.

Trabalhos anteriores com este questionário comprovam a sua adequabilidade psicométrica, no que se refere a níveis consistência interna, estrutura factorial e validade de conteúdo, já que os itens respeitam ao quadro conceptual definidor do constructo (Cf. Capítulo 4; ponto 4.1.3).

#### ***7.3.2.4 Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA).***

Trata-se de uma escala construída especificamente para o contexto português, para avaliar o nível de ansiedade e evitamento suscitado por diferentes contextos sociais típicos da adolescência. É composta por 34 itens, avaliados em duas escalas de resposta, uma referente à intensidade de ansiedade suscitada em determinados eventos sociais e outra referente à frequência de evitamento desses mesmos eventos. Cada escala é composta por 6 subescalas não coincidentes, referentes a diferentes tipos de contextos sociais: 1) interacção com o sexo oposto; 2) interacção assertiva; 3) observação por outros; 4) interacção em situações sociais novas; 5) desempenho em situações sociais formais e 6) comer e beber em público.

Trabalhos anteriores com esta escala comprovam a sua adequabilidade psicométrica em amostras de adolescentes tardios, no que se refere a níveis de consistência interna e estrutura factorial (Cf. Capítulo 4; ponto 4.1.4). A sua validade de constructo havia sido comprovada por associação com outros instrumentos de medida de ansiedade social (Cunha, Gouveia, et al., 2008).

## 7.4 Procedimentos Gerais

A proposta para aplicação do programa de intervenção ASAS, quer no ensaio clínico I quer no ensaio clínico II, foi realizada junto a uma escola Secundária do distrito de Aveiro, no âmbito das actividades académicas inerentes ao Programa Nacional de Saúde Escolar. Este programa tem como objectivo constituir as escolas como promotoras de saúde, que incluam no seu currículo a implementação de princípios e práticas de promoção da saúde, com a participação directa da comunidade envolvente. Estas práticas deverão desenvolver-se em contexto escolar, em parcerias sólidas com outras instituições dedicadas à promoção da saúde dos jovens (Ministério da Saúde - Divisão de Saúde Escolar, 2006). Considerando que a ansiedade social é uma condição comum, especialmente na adolescência, deverá ser tida em consideração nos programas de saúde pública (Furmark, 1998).

Esta proposta foi oficializada junto do Conselho Executivo da escola, propondo uma parceria, na qual a escola contribuía com o espaço físico e como intermediária dos contactos iniciais com alunos e pais e a Universidade de Aveiro, representada na pessoa da investigadora principal devidamente orientada, contribuía com a dinamização das sessões e os materiais necessários ao decorrer do programa. Esta proposta incluía, ainda, o compromisso da devolução de resultados à escola de forma colectiva, o cronograma esperado para a realização das actividades e a garantia de confidencialidade relativamente aos dados de todos os alunos participantes no programa de intervenção.

Tendo sido obtido a autorização do Conselho Executivo para a aplicação do programa, foi pedida a colaboração aos professores do Ensino Secundário e à Psicóloga da escola na sinalização de alunos alvo. Ainda que os professores descrevessem dificuldades em identificar os alunos pedidos e em compreender a importância de trabalhar as suas competências, igual número de sujeitos foi sinalizado por professores e psicóloga da escola. Como critérios de inclusão no programa, foram estabelecidos com a escola os seguintes aspectos: a) o aluno apresentar dificuldades sociais e de interacção com pares e professores, sinalizadas por professores e diagnosticadas na pré-entrevista com os dinamizadores do grupo; b) o aluno demonstrar disponibilidade para participar no programa; c) existir autorização dos pais ou encarregados de educação para a participação do seu educando no programa.

No cumprimento do critério a) de inclusão no programa de intervenção, os alunos sinalizados foram avaliados com base numa pré-entrevista construída para avaliar as suas dificuldades sociais. A sua construção pretendeu seguir os passos essenciais da avaliação da ansiedade social na adolescência definidos por Albano e DiBartolo (2007a), a saber: estabelecer um diagnóstico, construir uma hierarquia de medos e evitamento social, preencher medidas de auto-relato, observação e monitorização comportamental e devolução dos resultados. Tendo isto em consideração, a entrevista foi constituída por 4 partes.

A primeira parte solicitava algumas informações demográficas tidas como importantes na caracterização de dificuldades sociais (C. A. Kearney, 2005): idade, género, contexto familiar, acontecimentos de vida traumáticos, expressão cognitiva, comportamental e afectiva das dificuldades sociais e factores de manutenção. A segunda parte desta entrevista de avaliação pretendia cotar o desconforto, ansiedade ou tensão sentidos em situações sociais, recorrendo a uma adaptação de três secções da ADIS-C (Silverman & Albano, 1996a, 1996b). As três secções utilizadas no presente trabalho respeitam a: i) ansiedade social, ii) relações interpessoais e envolvimento em actividades sociais, e iii) avaliação da interferência das dificuldades na vida quotidiana do sujeito. A utilização destas três escalas de forma individualizada das restantes escalas da ADIS-C é justificada, por ter apresentado bons índices de fidelidade e ser menos complexa e exigente em termos de tempo. Este procedimento tem sido usado na selecção de sujeitos de intervenção em vários estudos empíricos com crianças e adolescentes ansiosos (C. A. Kearney, 2005).

A terceira parte da entrevista de avaliação pretendia avaliar os comportamentos ansiosos a par do défice de competências sociais, recorrendo à observação comportamental. Especificamente, foi realizada observação formal e informal de um *role-play* realizado pelo sujeito de uma situação tida como desconfortável para esta faixa etária (interacção com um parceiro da mesma idade do sexo oposto). Este tipo de avaliação é considerado a estratégia preferencial para avaliar competências assertivas e de desempenho (Duckworth & Mercer, 2006), bem como para avaliar a competência e eficácia social e as características não verbais do comportamento ansioso (Albano & DiBartolo, 2007a; P. Kearney, et al., 1984).

A última parte desta pré-entrevista pretendia avaliar a presença de co-morbilidade, que poderia interferir na resposta dos sujeitos ao programa de intervenção. Foram consideradas as perturbações que mais comumente apresentam co-morbilidade com a ansiedade social, nomeadamente outras perturbações de ansiedade (ansiedade generalizada, de separação ou fobias específicas), perturbações do humor, uso de substâncias e/ou álcool e história de acontecimentos traumáticos (Beidel, et al., 2007; Essau, et al., 1999). A sua avaliação passou por várias perguntas retiradas da ADIS-C, uma referente a cada perturbação considerada, seleccionada de forma a melhor corresponder aos critérios de diagnóstico para cada perturbação definidos pelo DSM-IV (A.P.A., 2002). Esta entrevista de selecção completa pode ser consultada no anexo XV.

Como fase final deste processo de selecção, era devolvida ao sujeito a informação de ter sido ou não seleccionado para participar no programa de intervenção e porquê. Igualmente nesta fase, cada sujeito era informado acerca do que o programa pretende oferecer, que racional e técnicas de intervenção inclui e, em contrapartida, que investimento e tarefas serão pedidos gradualmente ao adolescente como parte da sua participação. Aos adolescentes que se mostravam disponíveis para participar no programa, era então pedido a autorização do

encarregado de educação, no cumprimento dos critérios de inclusão b) e c). Neste momento foi ainda pedido aos pais que avaliassem as dificuldades sociais dos seus filhos por recurso a uma escala analógica de 0 a 100, em que 0 representa nenhuma dificuldades sociais e 100 extremas dificuldades sociais.

A entrevista de selecção aos alunos seleccionados decorreu no 1º período dos anos lectivos de 2008/09 e 2009/10 para o primeiro e segundo ensaio clínico, respectivamente. Os resultados destas entrevistas levaram à integração no programa de um total de cinco alunos no primeiro ensaio clínico e cinco no segundo ensaio clínico. Destes, dois alunos seleccionados no primeiro ensaio clínica participaram apenas na primeira sessão, tendo referido não ter disponibilidade para continuar a sua participação no programa. No segundo ensaio clínico, um aluno seleccionado recusou-se a participar referendo indisponibilidade horária e uma aluna seleccionada terminou a sua participação ao fim de quatro sessões, referendo não ter disponibilidade para continuar a sua participação no programa. Os pais destes alunos foram avisados do término da participação dos seus filhos no programa, para a qual tinham dado autorização prévia.

Assim, o grupo final em cada ensaio clínico ficou constituído por três sujeitos. O primeiro ensaio decorreu ao longo do segundo período do ano lectivo 2008/09; o segundo ensaio decorreu ao longo do segundo período do ano lectivo de 2009/10.

## **7.5 Análise de Dados**

Para avaliar a adequabilidade deste programa de intervenção, foram tidos em consideração dois aspectos essenciais: i) a fidelidade de tratamento e ii) a sua eficácia junto aos sujeitos de intervenção.

“Simply because a manual is written and is said to guide an intervention does not mean that the intervention that was provided was that which was described in the manual” (Kendall & Flannery-Schroeder, 1998, p. 28). Assim, foi necessário avaliar a integridade na aplicação do manual construído, considerando a adesão ao protocolo, a qualidade ou competência com que foram realizadas as actividades previstas, a aplicação diferenciada de técnicas terapêuticas, neste caso na própria intervenção, e factores pessoais relacionados com a relação terapêutica e satisfação com a intervenção (Leff, et al., 2009; Mcleod, Southam-Gerow, & Weisz, 2009). A disponibilidade de formas de avaliar a integridade da intervenção é ainda escassa, pelo que seguimos as indicações da literatura e fundamentámo-nos numa observação e registo rigoroso do decorrer da intervenção (Mcleod, et al., 2009). Já que a integridade da intervenção é forma de

garantir controlo sobre a variável independente, neste caso, a intervenção, foi especialmente importante no presente trabalho. Tendo existido dois ensaios clínicos, o não cumprimento do mesmo protocolo de intervenção invalidaria estes trabalhos como evidências relativas ao mesmo programa de intervenção.

No que se refere à avaliação de eficácia dos programas de intervenção, seria necessário recorrer a uma análise de mudança não só estatística mas também clinicamente significativa, referente à mudança terapêutica individual. Tratando-se de um programa de intervenção em contexto escolar com sessões de curta duração, a participação activa de todos os sujeitos em intervenção exigia a constituição de grupos pequenos, pelo que mais importante do que examinar a sua mudança como um todo, seria examinar a mudança verificada em cada sujeito em particular. Examinar a mudança individual que ocorre em função da intervenção tem-se tornado cada vez mais importante, e os métodos de o fazer têm evoluído em consonância (Ogles, et al., 2001).

Existem dois métodos essenciais de avaliar a mudança terapêutica individual: a) validade social e b) mudança clinicamente significativa. Estes métodos permitirem, por um lado, avaliar a eficiência da intervenção, na medida em que poderá contribuir para melhoria notória por parceiros no contexto em que decorre, neste caso, o contexto escolar, e por outro, avaliar a eficácia da intervenção, na medida em que a condição experimental de proceder a uma intervenção manualizada poderá contribuir para reduzir sintomas ou prejuízos funcionais associados a ansiedade social e défice de competências assertivas (Ogles, et al., 2001). Trata-se no primeiro caso da validade interna da intervenção, e no segundo da sua validade externa (Silverman & Hinshaw, 2008).

No caso da validade social, trata-se de verificar se a melhoria obtida pelo indivíduo tem significado social, ou seja, se é reconhecida pela sociedade como tal, tanto na diminuição de sintomas como no aumento da qualidade de vida do indivíduo, a nível pessoal e social. Tal poderá ser definido como “*therapeutic spill over*”, ou seja, a medida em que os ganhos obtidos pelo sujeito em intervenção se manifestam, também, nos contextos sociais em que ele se move (Kendall & Flannery-Schroeder, 1998). Esta perspectiva social sobre os ganhos da intervenção tem sido descurada na avaliação de programas de intervenção junto a adolescentes tímidos ou socialmente inibidos (Greco & Morris, 2001). A sociedade é representada pela perspectiva do próprio indivíduo, do clínico (imparcial) e/ou de pessoas próximas do sujeito (e.g. pais ou professores). Considerar estas três perspectivas é essencial à obtenção de uma visão verdadeiramente compreensiva dos efeitos do tratamento, sendo que é conjugada a informação interna única do próprio indivíduo, a visão do especialista e a perspectiva do impacto do

tratamento na vivência e comportamento quotidiano do indivíduo, junto daqueles que lhe são próximos (Ogles, et al., 2001).

No caso da mudança clinicamente significativa, é importante considerar que o sujeito em intervenção cumpre conjuntamente dois critérios de mudança (Jacobson & Truax, 1991; E. A. Wise, 2004): i) do momento pré ao pós-intervenção o desempenho do sujeito deve ser suficientemente próximo do grupo normal para o sujeito ser integrado neste grupo (recuperação), e ii) a mudança ocorrida individualmente desde o momento pré ao pós-intervenção é suficientemente forte para ser estatisticamente fiável (melhoria).

O primeiro critério refere-se ao quanto a mudança terapêutica fez o sujeito em intervenção aproximar-se significativamente da população normal, tendo nesse caso sido atingida recuperação. Para isso podem ser considerados dois aspectos: 1) deixarem de ser cumpridos os critérios de diagnóstico clínico (e.g. DSM-IV) e/ou 2) comparação com dados normativos, a partir do estabelecimento de pontos de corte que o sujeito deve obter para ter-se afastado da população clínica e/ou aproximado da população normal (Ogles, et al., 2001). Jacobson e Truax (1991) definiram três possíveis pontos de corte: a) afastamento da população clínica em mais de dois desvios padrões na direcção da população normal; b) aproximação da população normal, atingindo um resultado de pelo menos dois desvios padrões abaixo da média normativa; e c) maior aproximação à média normativa do que da média clínica. O critério c) é recomendado quando existem dados normativos da população normal e quando a amostra normal e clínica são sobrepostas (Jacobson & Truax, 1991; E. A. Wise, 2004). Tal é o caso no presente trabalho, em que foram realizados trabalhos preliminares na população normal com todos os instrumentos, e em que se trata de uma amostra de intervenção não clínica, e, portanto, sobreposta e ligada num contínuo à amostra normal. Por estes motivos foi utilizado o critério c) para estabelecer um ponto de corte a partir do qual avaliar se o afastamento de cada sujeito da média da população clínica e sua aproximação à média normal é estatisticamente significativa.

De acordo com a sua definição original (Jacobson & Truax, 1991), a fórmula de cálculo deste ponto de corte é:

$$c = \frac{S0 M1 + S1 M0}{S0 + S1}$$

Em que *S0* representa o desvio padrão da amostra normal, *S1* representa o desvio padrão da amostra clínica no momento pré-intervenção; *M0* representa a média da amostra normal e *M1* representa a média do grupo de intervenção no momento pré-teste (Jacobson & Truax, 1991).

No que se refere à avaliação da melhoria clínica fiável, o índice de avaliação mais utilizado e recomendado como vantajoso (Atkins, et al., 2005; Maaseen, 2001; Ogles, et al., 2001) é o *reliable change index* (RCI) definido por Jacobson e Truax (1991). Este índice testa a

hipótese nula de não haver mudança estatisticamente significativa, em função da distribuição normal (Maaseen, 2001) e considerando o erro de medida dos instrumentos (E. A. Wise, 2004). É calculado segundo a seguinte formula:

$$\frac{(X_{post} + X_{pre})}{\sqrt{2[S0^2(1 - r_{xx})]}}$$

Em que  $X_{post}$  representa o resultado do individuo no momento de pós-intervenção;  $X_{pre}$  representa o resultado do indivíduo no momento de pré-intervenção;  $S0$  representa o desvio padrão da amostra normal, e  $r_{xx}$  representa o índice de consistência interna do instrumento de medida.

Se o resultado obtido for superior a  $|1.96|$ , podemos afirmar, com um nível de confiança de 95%, que se verificou uma mudança real, fiável e significativa; se for inferior a  $|1.96|$  não terá havido melhoria (Jacobson & Truax, 1991). Revisões recentes deste índice têm, no entanto, chamado a atenção para a exigência destes critérios, sugerindo que se considere um maior intervalo de resultados, de forma a melhor distinguir e compreender sujeitos não classificáveis ou que não representem um sucesso, mas ainda assim tenham melhorado (E. A. Wise, 2004). Este aspecto será especialmente pertinente na amostra de intervenção em estudo, uma vez que, tratando-se de uma amostra subclínica haverá menor espaço de melhoria até remissão completa dos sintomas e, portanto, a melhoria individual poderá ser mais dificilmente discernível. Assim, para interpretação do RCI no presente trabalho foram consideradas as indicações de E.A. Wise (2004, p. 56).

## 7.6 Avaliação da eficácia do programa ASAS

### 7.6.1 Fidelidade do Tratamento

Os dois ensaios clínicos foram dinamizados por duas dinamizadoras, sendo uma a investigadora principal. Ambas tinham experiência na intervenção clínica com crianças e adolescentes, especificamente na aplicação de técnicas de natureza cognitivo-comportamental. A preocupação de estabelecer uma relação terapêutica de qualidade, caracterizada por camaradagem, confiança, à vontade, simpatia e cordialidade foi sempre prioritária. Consideramos ter sido atingida uma boa relação com todos os adolescentes, que continuaram a enviar emails com votos de boas férias, a partilharem a notícia de terem entrado na universidade, ou a falarem de acontecimentos de maior dificuldade que gostariam de discutir. A satisfação com a intervenção é evidente no facto de não ter havido mortalidade experimental



em qualquer momento de avaliação nem ao longo da intervenção, quando cabia a cada adolescente individualmente a autonomia de comparecer às actividades agendadas.

Todas as sessões de grupo, sessões individuais, encontros com pais e eventos sociais previstas no protocolo de intervenção foram realizadas. Não foram realizadas as sessões com os professores por dois motivos: 1) não se mostraram disponíveis para participar; 2) as dificuldades de cada sujeito em particular não mostravam necessária, na grande maioria, a colaboração dos professores para prática comportamental em sala de aula. As actividades realizadas cumpriram o cronograma apresentado na Tabela 51. Em função da disponibilidade dos participantes algumas datas foram alteradas (por exemplo, férias da Páscoa), ainda que a ordem de todas as sessões tenha sido mantida.

Tabela 51: Cronograma de actividades do programa ASAS

Semana 1	Sessão de Grupo 1: Sessão educacional
Semana 2	Sessão de grupo 2: Sessão sobre pensamento realista
Semana 3	Sessão de Grupo 3: Aptidões sociais 1 - Expressar sentimentos positivos Encontro com Pais 1: Sessão educacional
Semana 4	Sessão de Grupo 4: Exposição comportamental com relaxamento 1 Encontro com Professores 1: Sessão educacional
Semana 5	Sessão de Grupo 5: Aptidões sociais 2 - Tomar a iniciativa e resolver problemas Evento Social 1: Encontros imediatos
Semana 6	Sessão de Grupo 6: Exposição comportamental com relaxamento 2 Sessão Individual 1: Expectativas e Realidade
Semana 7	Sessão de Grupo 7: Aptidões sociais 3 - Expressar e gerir limitações pessoais Encontro com Pais 2: Estratégias de ajuda e Prevenção da recaída Evento Social 2: Pesquisa de opinião na rua
Semana 8	Sessão de Grupo 8: Exposição comportamental com relaxamento 3 Encontro com Professores 1: Sessão Colaborativa
Semana 9	Sessão de Grupo 9: Aptidões sociais 4 - Expressar sentimentos negativos Sessão Individual 2: Redes de Suporte Social Evento Social 3: Ida a Centro Comercial
Semana 10	Sessão de Grupo 10: Exposição comportamental com relaxamento 4
Semana 11	Sessão de Grupo 11: Exposição comportamental com relaxamento 5
Semana 12	Sessão de Grupo 12: Revisão e manutenção de ganhos Evento Social 4: Almoço num restaurante
Semana 15	Sessão de Reforço 1: Revisão de progresso e obstáculos ( <i>opcional</i> )
Semana 17	Sessão de Reforço 2: Revisão de progresso e obstáculos ( <i>opcional</i> )

#### 7.6.1.1 Sessões de grupo.

No ensaio clínico I, será de referir um intervalo de duas semanas entre a realização das sessões de grupo 2 e 3, por haver dificuldade na conciliação de horários entre os alunos

participantes e a disponibilidade de espaço por parte da escola. No ensaio clínico II todas as sessões de grupo decorreram semanalmente. Os conteúdos previstos para cada sessão de grupo foram sempre cumpridos em ambos os ensaios clínicos, mas isso implicou que, de uma forma geral, todas as sessões demorassem mais tempo do que o previsto, variando entre uma hora e uma hora e meia. A experiência com o ensaio clínico I fez com que as sessões com o grupo seguinte já fossem planeadas para a duração de uma hora. Foi notória a pertinência de iniciar o treino de competências sociais com o dar e receber elogios, que contribuiu, em ambos os grupos, para um clima positivo e de reforço mútuo entre os membros do grupo.

No que se refere à aplicação das técnicas de intervenção previstas, verificámos que a modelagem e a prática comportamental dentro das sessões (*role-play*) mostraram ser estratégias úteis à exposição das competências alvo e à sua prática, e facilmente aceites e praticadas pelos sujeitos. Os sujeitos foram ficando cada vez mais à vontade na sua realização, reconhecendo de forma introspectiva a pertinência da prática comportamental continuada. Já as técnicas de reestruturação cognitiva foram as mais difíceis de aprender e praticar por parte dos sujeitos. Ainda que reconhecendo a utilidade desta técnica, os sujeitos manifestaram na sua maioria muita dificuldade na identificação de pensamentos automáticos negativos e construção de respostas alternativas. A reflexão sobre si próprios (e.g. motivos para rejeitar um pedido não razoável) foi algo em que foi manifesta maior dificuldade. Estas dificuldades foram mais notórias no grupo do ensaio clínico I.

Relativamente à generalização de competências treinadas nas sessões à vida quotidiana dos sujeitos pela realização de tarefas de casa, verificámos dificuldades no seu cumprimento por parte dos membros em intervenção no ensaio clínico I mas não no ensaio clínico II. Na primeira aplicação do programa ASAS foi necessário instituir um sistema de economia de fichas, providenciando reforço positivo intermitente fixo, para aumentar a adesão às tarefas de casa. Ao fim de cada três tarefas de casa cumpridas, o sujeito poderia escolher uma oferta de entre uma “Caixa do Tesouro”, contendo canetas, cadernos, velas de cheiro, blocos de notas, chocolates, gomas. Também a forma como a tarefa de casa era indicada foi sendo alterada. Por um lado, foi dado maior relevo a explicar a tarefa e a explorar os materiais para o seu registo; por outro, foi enfatizado que a prática comportamental deveria ser integrada na rotina diária pessoal, e não necessariamente em situações extra-quotidianas forçadas. Por fim, foram criados estímulos de activação do comportamento desejado, consubstanciados no envio de uma mensagem de texto por telemóvel quatro dias após cada sessão, relembrando a necessidade de praticarem a tarefa de casa e qual era. O cumprimento das tarefas de casa foi, assim, aumentado. O prosseguimento destas estratégias de *prompting* no ensaio clínico II poderá ter contribuído para a mais fácil e rápida adesão às tarefas de casa propostas.

Quanto à assiduidade dos sujeitos em intervenção, os sujeitos 1 e 4 estiveram ausentes, cada um, em uma sessão de grupo, o sujeito 3 esteve ausente em 3 sessões de grupo, e o sujeito

6 esteve ausente em duas sessões de grupo. Todas estas sessões foram compensadas individualmente com cada aluno, antes da sessão de grupo seguinte. Os sujeitos 2 e 5 compareceram a todas as sessões de grupo.

#### **7.6.1.2 Sessões individuais.**

As sessões individuais decorreram conforme os objectivos que lhes estavam subjacentes e todos os sujeitos em intervenção compareceram a todas as sessões individuais. Com os sujeitos 2, 3, 4 e 5 não foi notória a necessidade de trabalhar crenças centrais.

Pelo contrário, foi notória a existência de crenças cognitivas negativas em relação a si mesmo para o sujeito 3, possivelmente fundadas numa relação parental emocionalmente distante e mesmo rejeitante. Esta aluna refere não sentir merecer apoio ou afecto, pelo que demonstra muitas dificuldades em identificar ou solicitar grupos de suporte social. Também para o sujeito 6 foram verificadas algumas dificuldades fundadas em crenças negativas acerca dos outros, como rejeitantes e abusivos. Estas crenças levam a que exija padrões perfeccionistas aos outros para poderem ser integrados no seu grupo de amigos, acabando por isolar-se. O aluno descreve a sua família de origem como socialmente isolada, o que leva a que julgue o seu comportamento como normal e não prejudicial.

No primeiro caso, a intervenção cognitiva passou por tomar consciência das suas crenças e avaliar a sua veracidade em função da constante resiliência desta aluna face à rejeição que relata ter vivido por pares e família, especialmente a mãe, conseguindo estabelecer algumas relações significativas (e.g. no grupo de jovens a que pertence). No segundo caso, passou essencialmente por tomar consciência das crenças existentes e avaliar a sua utilidade, na medida em que podem impedir a aproximação, *a priori*, de pessoas significativas. Com este procedimento tentou-se tornar as crenças existentes menos extremistas e absolutas.

#### **7.6.1.3 Encontros com pais.**

Os encontros com pais decorrem conforme o previsto. Um dos pais dos sujeitos 1, 2, 4 e 5 esteve presente em todos os encontros. A mãe do sujeito 6 apenas esteve presente no segundo encontro, enquanto os pais do sujeito 3 não compareceram a nenhum encontro.

Relativamente ao sujeito 1, a dinâmica familiar era caracterizada por sobreprotecção e recusa em negociar (e.g. mãe ia buscar e levar a filha à escola). O trabalho com os pais permitiu uma mudança gradual, ainda que lenta, mais notória na abertura à negociação com a filha, deixando claro que a última palavra caberia sempre aos pais. No caso do sujeito 4 também

verificámos uma dinâmica familiar de superprotecção e controlo (e.g. mãe escolhe o penteado e vestuário da filha), além de uma posição muito negativa em relação à possibilidade de aprendizagem e mudança por parte da filha. Estes pais referem as dificuldades como algo estável na filha, que portanto não será possível e não podem ajudar a trabalhar. Estas crenças foram trabalhadas, com base nas pequenas evoluções e mudanças que a aluna ia manifestando, mas percebemos pouca evolução na dinâmica familiar.

No caso do sujeito 2, a dinâmica familiar era segura, ainda que distante, sendo um elo de apoio do desenvolvimento social do adolescente. A mãe parece atenta e conhecedora das dificuldades da filha e motivada para a ajudar, quando surgir a necessidade. Igual postura adoptou a família do sujeito 5, que demonstrou conhecimento, compreensão e motivação para aprender a apoiar de forma óptima o percurso da sua filha. A mãe do sujeito 6 foi levada a interessar-se no programa pelas alterações que verificou no filho, em casa. Mostrou-se motivada para melhor compreender e poder ajudar o seu filho, apesar de reconhecer ser difícil comunicar com ele, porque sempre mantiveram uma relação distante. Com estas famílias foi essencialmente trabalhada uma perspectiva psico-educacional, explorando os sintomas de dificuldades sociais, o seu ciclo de manutenção e confirmação, e estratégias parentais facilitadoras ou dificultadoras da promoção do desenvolvimento e desempenho social dos seus filhos.

#### **7.6.1.4 Eventos sociais.**

Os eventos sociais decorreram segundo os objectivos e actividades planeadas. A prática com os alunos apoiantes permitiu um maior realismo e generalização na prática de competências adquiridas ao longo das sessões. Ainda, permitiu que os sujeitos participantes desconfirmassem algumas crenças acerca do seu próprio desempenho e do nível de dificuldade das próprias situações sociais. O programa foi concluído com o evento social 4, o almoço no restaurante, tendo sido entregue a todos os participantes (alunos alvo e pares) um certificado de participação. O sujeito 3 não compareceu ao evento social 3. Todos os restantes sujeitos compareceram a todos os eventos sociais.

Os alunos colaboradores referem que os membros do grupo do ensaio clínico I demonstravam dificuldades muito maiores do que os alunos do ensaio clínico II. Relativamente a cada sujeito em particular, estes alunos colaboradores referem que: o sujeito 1 demonstra pouco à vontade e medo de interagir, sendo difícil levar a que tome a iniciativa ou que persista num desempenho; o sujeito 2 apresenta dificuldades na tomada de iniciativa, mas demonstra facilidade na continuidade da interacção ou desempenho, desde que iniciado por outros; o sujeito 3 demonstra muito medo de rejeição, mas grande esforço em persistir e tomar a

iniciativa, confrontando-se com as suas dificuldades; o sujeito 4 demonstra dificuldades na tomada de iniciativa e no desempenho, sendo necessário bastante incentivo e modelagem e, ainda assim, a aluna por vezes recusa realizar as tarefas; o sujeito 5 demonstra dificuldades muito superficiais, sendo autônoma, persistente e demonstrando maior à vontade e competências em comparação com os restantes sujeitos; o sujeito 6 demonstra algumas dificuldades na auto-expressão, mas facilmente desempenhando as tarefas pedidas com algum incentivo e acompanhamento.

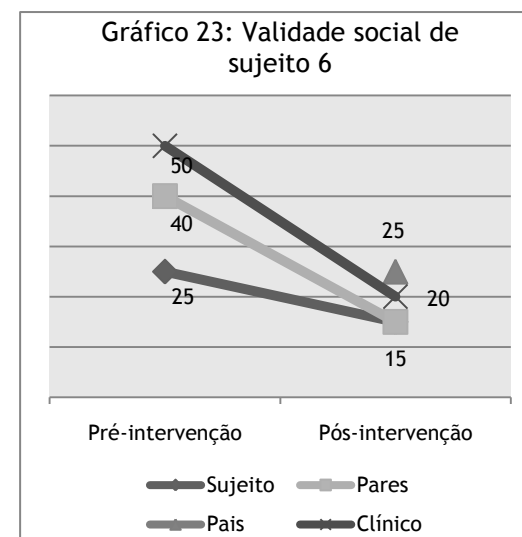
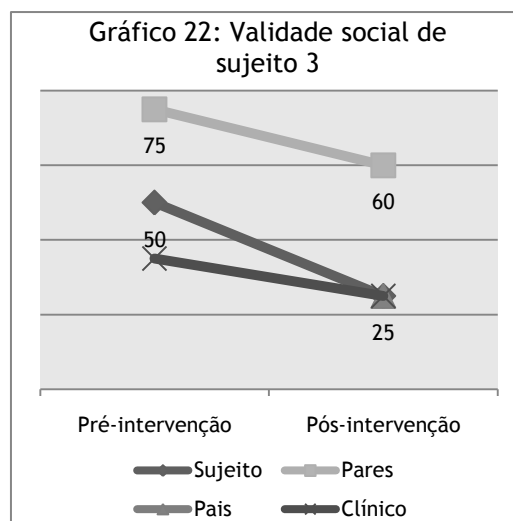
#### **7.6.2 Análise da Mudança Terapêutica.**

Para avaliar a mudança terapêutica foram considerados os parâmetros de i) validade social e ii) significância clínica.

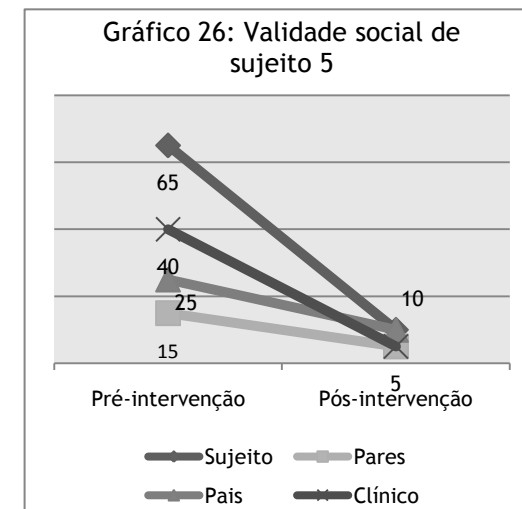
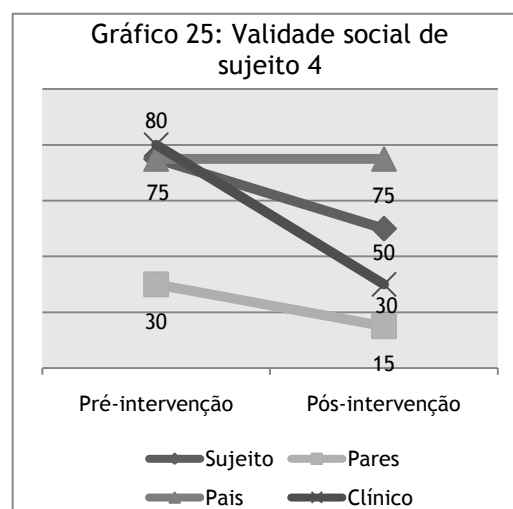
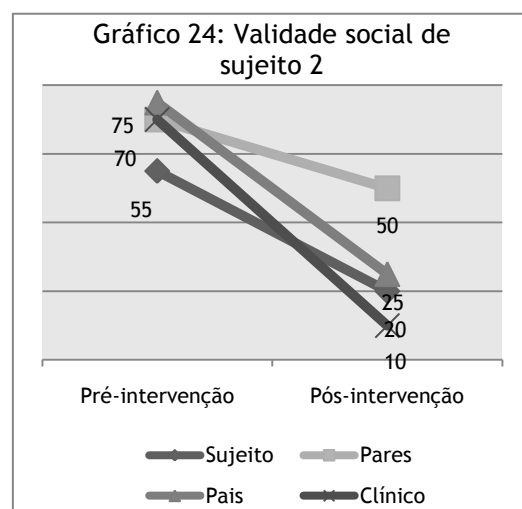
##### **7.6.2.1 Validade Social.**

Para avaliação da validade social do programa de intervenção foram consideradas as avaliações de observadores próximos dos sujeitos, nomeadamente pais, pares, clínico co-terapeuta e os próprios participantes. A cada um destes observadores foi pedido o preenchimento de uma escala analógica variando entre 0 (sem dificuldades) e 100 (dificuldades extremas), onde deveriam situar as dificuldades atribuídas ao aluno. Este preenchimento foi pedido em dois momentos distintos: pré-avaliação e pós-avaliação.

Conforme pode ser observado nos Gráficos 21, 22 e 23, todos os observadores que preencheram a medida analógica em ambos os momentos de avaliação relatam diminuição notória no nível de dificuldades sociais demonstradas pelos sujeitos 1, 3 e 6, respectivamente, do momento pré-intervenção ao momento pós-intervenção. Os pais destes sujeitos não se mostraram disponíveis para preencher a escala no momento pré-intervenção, mas o resultado final que atribuem às dificuldades dos seus filhos é bastante próximo do relatado pelos restantes observadores.



Para os sujeitos 2, 4 e 5 foi possível obter informação de todos os observadores em todos os momentos de avaliação. Conforme observação dos gráficos 23, 24 e 25 respectivamente, todos os observadores relatam diminuição notória no nível de dificuldades sociais manifesto pelos sujeitos, à excepção dos pais do sujeito 4, que não relatam qualquer alteração no nível de dificuldades sociais da sua filha.



#### 7.6.2.2 Significância Clínica.

Para realizar os cálculos inerentes às fórmulas apresentadas na secção de análise de dados, foi necessário reunir *a priori* alguns dados. Foi necessário recolher os valores de média e desvios padrão da amostra normativa e da amostra em intervenção no momento pré-teste, e índices de fidelidade para cada escala e subescala de instrumento. Os dados relativos à amostra normativa foram retirados dos trabalhos descritos no Capítulo 4 deste estudo; a amostra de intervenção foi constituída pelos 6 sujeitos participantes nos dois ensaios clínicos do grupo ASAS. Foi igualmente necessário recolher os resultados do momento pré e do momento pós-intervenção para cada sujeito em intervenção de forma individual.

Na tabela 52 são apresentados os valores médios e desvios padrão da amostra normativa e da amostra em intervenção no momento pré-teste, bem como os índices de consistência interna para as subescalas e escalas completas.

Tabela 52: Medidas descritivas por amostra normal e amostra clínica e índices de consistência interna

	Amostra normal		Amostra clínica		$\alpha$
	M	DP	M	DP	
ECI - Desconforto e Tensão Total	54.42	17.61	59.67	29.67	.94
Assertividade negativa	15.67	5.67	17.5	8.8	.83
Expressão e gestão de limitações pessoais	11.74	4.56	12.83	6.37	.82
Assertividade de iniciativa	13.26	4.4	16.5	7.8	.78
Assertividade positiva	13.74	5	12.83	8.08	.82
ECI - Frequência de comportamento Total	74.8	15.07	59.5	21.93	.88
Assertividade negativa	19.35	4.88	12.67	5.31	.72
Expressão e gestão de limitações pessoais	19.93	4.94	18	6.75	.63
Assertividade de iniciativa	17.91	3.89	13.67	5.61	.70
Assertividade positiva	17.61	4.5	15.17	5.71	.77
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais Total	45.49	13.35	54.83	23.75	.82
Desconforto na interação social	26.82	8.65	30.17	12.66	.93
Desconforto no Desempenho Público	8.52	5.61	22.5	10.31	.91
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	85.92	11.61	79	15.9	.89
Apoio emocional externo	21.7	3.71	20.83	3.19	.81
Aptidão pessoal funcional	15.84	3.16	14.5	3.51	.82
Gestão Interpessoal	31.66	4.5	28.5	8.69	.76
Aptidão pessoal afectiva	17.5	2.93	15.17	2.71	.74
EAESSA - Ansiedade Total	62.3	18.7	79.5	39.29	.94
Interação com o sexo oposto	7.89	3.42	9.17	3.25	.84
Interação assertiva	12.08	5.31	21.17	11.53	.82
Observação por outros	9.44	3.89	11.67	5.75	.80
Interação em situações sociais novas	14.77	4.71	17.83	8.13	.80
Desempenho em situações sociais formais	10.18	3.96	15.67	6.5	.76
Comer e beber em público	4.22	1.75	4	1.26	.75
EAESSA - Evitamento Total	61.33	18.19	63	20.08	.92
Interação com o sexo oposto	7.95	3.95	7.67	2.66	.85
Interação assertiva	15.02	4.89	16	5.4	.71
Observação por outros	8.37	3.84	8	3.03	.74
Interação em situações sociais novas	8.81	3.13	10.83	5.38	.69
Desempenho em situações sociais formais	12.05	4.89	16.17	7.81	.79
Comer e beber em público	6.31	2.97	4.33	.52	.79

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

Na tabela 53 podem ser vistos os valores obtidos nas escalas e subescalas da Escala de Comportamento Interpessoal (ECI) pelos sujeitos em intervenção, nos momentos pré e pós-intervenção. Para facilitar a visualização dos dados, nos casos em que a alteração de resultados não foi no sentido esperado (i.e. aumento dos níveis de desconforto e tensão e diminuição nos níveis de frequência de comportamento), os dados são apresentados a cor cinza.



Tabela 53: Valores obtidos na ECI-R por sujeito e momento de avaliação

	ECI - Desconforto / Tensão					ECI - Frequência de Comportamento				
	1)	2)	3)	4)	Total	1)	2)	3)	4)	Total
Sujeito 1										
Pré-intervenção	15	15	24	10	64	9	14	10	14	47
Pós-intervenção	17	10	16	8	51	13	16	14	22	65
Sujeito 2										
Pré-intervenção	15	14	16	11	56	12	15	11	11	49
Pós-intervenção	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sujeito 3										
Pré-intervenção	22	13	18	15	68	13	21	12	18	64
Pós-intervenção	26	19	20	20	85	18	19	16	17	70
Sujeito 4										
Pré-intervenção	33	23	26	28	110	9	17	9	9	44
Pós-intervenção	25	17	22	21	85	16	19	13	13	61
Sujeito 5										
Pré-intervenção	11	6	8	7	32	23	30	24	25	102
Pós-intervenção	7	6	8	7	28	35	30	29	30	124
Sujeito 6										
Pré-intervenção	9	6	7	6	28	10	11	16	14	51
Pós-intervenção	7	6	8	7	28	13	15	17	11	56

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal

A análise dos resultados descritos, no que se refere às escalas completas, indica uma diminuição de sintomas ansiosos e aumento de frequência de comportamento assertivo para todos os sujeitos, à exceção do sujeito 2 para quem não foi possível obter informação relativa ao momento pós-intervenção, e ao sujeito 3, que manifesta aumento de sintomas ansiosos do momento pré ao pós-intervenção. Considerando as subescalas da dimensão desconforto/ tensão, apenas o sujeito 4 manifesta diminuição dos resultados obtidos em todas as subescalas consideradas, enquanto o sujeito 3 demonstrou resultados inversos. No que concerne às subescalas de frequência de comportamento, apenas os sujeitos 3 e 6 não manifestam aumento nos valores obtidos do momento pré ao momento pós-intervenção em todas as subescalas consideradas. Todos os restantes sujeitos relatam maior prática de comportamento assertivo em todas as dimensões sociais consideradas.

Na Tabela 54 estão descritos valores obtidos por cada sujeito nos momentos pré e pós-intervenção na Escala de Pensamentos e Crenças Sociais (EPCS). Para facilitar a visualização dos dados, nos casos em que a alteração de resultados não foi no sentido esperado (i.e. aumento dos níveis de pensamentos sociais negativos), os dados são apresentados a cor cinza.

Tabela 54: Valores obtidos no EPCS por sujeito e momento de avaliação

		Escala de Pensamentos e Crenças Sociais		
		1)	2)	Total
Sujeito 1				
	Pré-intervenção	36	26	65
	Pós-intervenção	30	21	53
Sujeito 2				
	Pré-intervenção	34	27	64
	Pós-intervenção	22	16	39
Sujeito 3				
	Pré-intervenção	31	20	53
	Pós-intervenção	30	26	59
Sujeito 4				
	Pré-intervenção	48	38	89
	Pós-intervenção	36	30	69
Sujeito 5				
	Pré-intervenção	20	16	37
	Pós-intervenção	14	8	23
Sujeito 6				
	Pré-intervenção	12	8	21
	Pós-intervenção	13	8	22

Nota: EPCS = Escala de Pensamentos e Crenças Sociais

A análise dos resultados relatados indica que apenas os sujeitos 3 e 6 não demonstram diminuição de pensamentos sociais negativos em todas as dimensões e escala completa considerada. O sujeito 3 relata aumento de pensamentos sociais negativos relativos ao desempenho público, enquanto o sujeito 6 refere o mesmo aumento referente à interação social. Em ambos os casos, este aumento é também manifesto ao nível da escala completa.

Na Tabela 55 podem ser vistos os valores obtidos por cada sujeito nos momentos pré e pós-intervenção no Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo (QEIA) e respectivas subescalas. Para facilitar a visualização dos dados, nos casos em que a alteração de resultados não foi no sentido esperado (i.e. diminuição dos níveis de crenças sociais assertivas), os dados são apresentados a cor cinza.

Tabela 55: Valores obtidos no QEIA por sujeito e momento de avaliação

	Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo				
	1)	2)	3)	4)	Total
Sujeito 1					
Pré-intervenção	20	13	23	18	74
Pós-intervenção	20	13	28	18	79
Sujeito 2					
Pré-intervenção	18	14	25	15	72
Pós-intervenção	22	16	29	17	83
Sujeito 3					
Pré-intervenção	24	13	27	16	80
Pós-intervenção	19	12	26	16	73
Sujeito 4					
Pré-intervenção	17	10	18	10	55
Pós-intervenção	16	12	24	16	68
Sujeito 5					
Pré-intervenção	25	17	38	16	98
Pós-intervenção	25	20	39	16	100
Sujeito 6					
Pré-intervenção	21	20	40	16	97
Pós-intervenção	23	20	39	19	101

Nota: QEIA = Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo

A análise dos dados apresentados indica que os sujeitos 1, 2 e 5 manifestam maior endosso de crenças interpessoais assertivas dos momentos pré ao momento pós-intervenção. Pelo contrário, os sujeitos 3 manifesta menor endosso de crenças interpessoais assertivas em todas as dimensões consideradas, excepto a própria aptidão afectiva. Os sujeitos 4 e 6 manifestam endosso diminuído em apenas uma dimensão cognitiva assertiva, a saber, apoio emocional externo e gestão interpessoal, respectivamente.

Na Tabela 56 estão registados os valores obtidos por cada sujeito nos momentos pré e pós-intervenção na Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA) e respectivas subescalas. Para facilitar a visualização dos dados, nos casos em que a alteração de resultados não foi no sentido esperado (i.e. aumento dos níveis de ansiedade e evitamento em situações sociais), os dados são apresentados a cor cinza.

Tabela 56: Valores obtidos na EAESSA por sujeito e momento de avaliação

	EAESSA - Ansiedade							EAESSA - Evitamento						
	1)	2)	3)	4)	5)	6)	Total	1)	2)	3)	4)	5)	6)	Total
<b>Sujeito 1</b>														
Pré-intervenção	11	23	13	15	18	5	84	6	16	13	8	13	5	61
Pós-intervenção	9	19	8	13	12	4	65	5	13	8	6	12	6	50
<b>Sujeito 2</b>														
Pré-intervenção	11	19	12	20	14	3	79	9	17	9	12	16	4	67
Pós-intervenção	5	13	6	16	13	3	56	6	11	6	7	12	4	46
<b>Sujeito 3</b>														
Pré-intervenção	12	25	10	23	17	4	91	10	24	5	13	16	4	72
Pós-intervenção	11	27	11	20	17	6	92	13	16	12	13	20	10	84
<b>Sujeito 4</b>														
Pré-intervenção	11	41	22	30	25	6	135	11	19	9	20	30	5	94
Pós-intervenção	14	31	15	23	17	7	107	12	26	12	14	19	8	91
<b>Sujeito 5</b>														
Pré-intervenção	5	11	7	11	15	3	52	5	10	7	6	16	4	48
Pós-intervenção	5	9	6	8	6	3	37	5	7	5	4	6	4	31
<b>Sujeito 6</b>														
Pré-intervenção	5	9	6	8	5	3	36	5	10	5	6	6	4	36
Pós-intervenção	5	9	6	7	7	3	37	5	9	5	4	7	4	34

A análise destes resultados mostra que os sujeitos 1, 2 e 5 relatam diminuição de sintomas ansiosos e de evitamento em todas as medidas consideradas. O mesmo não se verifica para os sujeitos 3, 4 e 6. O sujeito 3 apenas relata diminuição de sintomas na ansiedade e evitamento na interacção em situações sociais novas, na ansiedade na interacção com o sexo oposto e no desempenho em situações sociais formais e no evitamento da interacção assertiva. O sujeito 4 apenas manifesta aumento de sintomas na ansiedade e evitamento da interacção com o sexo oposto e no evitamento da interacção assertiva e observação por outros. Por fim, o sujeito 6 apenas refere aumento de sintomas na ansiedade e evitamento no desempenho em situações sociais formais. No caso da ansiedade, este aumento é manifesto no valor obtido para a escala completa.

#### **7.2.2.2.1 Recuperação no pós-intervenção.**

Para avaliar a recuperação dos sujeitos em análise de forma estatisticamente válida foi estabelecido um ponto de corte a partir do qual poderíamos afirmar para cada escala e respectivas subescalas se o sujeito estava mais próximo da média do grupo normativo do que da média do grupo clínico. Os pontos de corte para as escalas completas estão expostos na tabela 57, bem como a classificação dos sujeitos como tendo ou não recuperado, em função dos valores descritos nas tabelas 53 a 56 para cada sujeito individual no momento pós-intervenção.

Deverá ter-se em consideração ao analisar os resultados de que os instrumentos avaliam ora a normalidade ora a perturbação (e.g.: ECI/DT - quanto maior, maior a ansiedade sentida Vs ECI/FC - quanto maior, maior o comportamento assertivo praticado). Assim, no caso da dimensão desconforto/tensão da ECI, da EPCS e de ambas as dimensões da EAESSA, a recuperação será indicada pela obtenção de um resultado abaixo do ponto de corte descrito; no caso da dimensão frequência de comportamento da ECI e do QEIA, a recuperação será indicada pela obtenção de um resultado acima do ponto de corte relatado.

Como poderemos observar da análise dos resultados, no momento de pós-intervenção, quatro sujeitos, ou seja, 66.7% da amostra demonstram recuperação nas medidas de ansiedade e evitamento consideradas pela EAESSA. Esta recuperação é manifesta nos resultados obtidos pelos sujeitos 1, 2, 5 e 6. As subescalas em que o impacto do programa se fez sentir junto a mais sujeitos foram as de interacção com o sexo oposto, interacção assertiva, observação por outros e interacção em situações sociais novas das dimensões de ansiedade e evitamento, e também a subescala de desempenho em situações formais da dimensão de evitamento. Quatro sujeitos (66.7%) manifestam recuperação nestas subescalas.

Os resultados obtidos indicam, também, que no momento de pós-intervenção três sujeitos, ou seja, 50% da amostra demonstram recuperação na medida completa da EPCS. Esta recuperação é manifesta nos resultados obtidos pelos sujeitos 2, 5 e 6, que manifestam recuperação também na subescala de desconforto na interacção social. Apenas os sujeitos 5 e 6 manifestam recuperação na subescala de desconforto no desempenho público.

No que concerne às medidas da ECI, os resultados obtidos indicam que no momento de pós-intervenção três sujeitos de entre os 5 de quem foi possível obter informação, ou seja, 60% da amostra demonstram recuperação na medida completa de desconforto. Esta recuperação é manifesta nos resultados obtidos pelos sujeitos 1, 5 e 6. As subescalas em que o impacto do programa se fez sentir junto a estes sujeitos foram as de expressão e gestão de limitações pessoais e assertividade positiva. Apenas os sujeitos 5 e 6 mostram recuperação na subescala de assertividade negativa e de iniciativa. No que concerne à escala de frequência de comportamento, 40% dos sujeitos junto a quem foi possível obter informação demonstra recuperação na escala total ( $n = 2$ ). Trata-se dos sujeitos 3 e 5. Ao considerar as subescalas notamos que este valor aumenta para três sujeitos (60% da amostra) em recuperação (60% da amostra), nas subescalas de assertividade negativa, expressão e gestão de limitações pessoais (para os sujeitos 3, 4 e 5) e assertividade de iniciativa (para os sujeitos 3, 5 e 6).

Por fim, os resultados obtidos indicam que, no momento de pós-intervenção, três sujeitos, ou seja, 50% da amostra demonstram recuperação na medida completa do QEIA, tratando-se dos sujeitos 1, 5 e 6. No que se refere às subescalas, podemos verificar que todos os sujeitos mostram recuperação no que se refere à aptidão pessoal afectiva.

Tabela 57: Pontos de corte e recuperação de sujeitos em intervenção no momento pós-intervenção

ECI - Desconforto/ Tensão						ECI - Frequência de Comportamento					EPCS			QEIA					EAESSA - Ansiedade								EAESSA - Evitamento										
						1)	2)	3)	4)	Total	1)	2)	Total	1)	2)	3)	4)	Total	1)	2)	3)	4)	5)	6)	Total	1)	2)	3)	4)	5)	6)	Total					
Ponto de Corte						16	12	14	13	56	16	19	16	17	69	28	13	49	21	15	31	16	83	9	15	10	16	12	4	68	8	15	8	10	14	5	62
Sujeito 1	N	S	N	S	S	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S			
Sujeito 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S			
Sujeito 3	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N			
Sujeito 4	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N			
Sujeito 5	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S			
Sujeito 6	S	S	S	S	S	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S			

Nota: S = recuperação; N = não recuperação; ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EPCS = Escala de Pensamentos e Crenças Sociais; QEIA = Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes.

Uma análise mais atenta dos dados mostra as limitações deste critério de análise, que não considera a mudança individual. A título de exemplo, podemos referir os resultados do sujeito 6 nas subescalas 3 e 4 da dimensão de desconforto/ tensão na ECI. Apesar deste sujeito demonstrar um ligeiro aumento do desconforto experienciado nestes dois contextos sociais, assertividade de iniciativa e positiva, foi classificado como tendo recuperado. O caso inverso também se verifica. O sujeito 1 demonstra diminuição em todas as subescalas da EPCS mas, ainda assim, foi classificado como não tendo recuperado, de acordo com o ponto de corte estabelecido.

#### **7.2.2.2.2 Melhoria clínica fiável no pós-intervenção.**

Para considerar a mudança individual fiável foi calculado o *Reliable Change Index* (RCI) segundo a fórmula de Jacobson e Truax (1991). Para interpretar os resultados obtidos, seguimos as sugestões de Wise (2004), que considera vários níveis de confiança e classificação dos sujeitos, de forma a garantir uma maior compreensão das mudanças verificadas, que não apenas na classificação dicotómica entre melhoria ou não melhoria.

De notar mais uma vez que os resultados indicadores de melhoria serão diferentes em função das medidas consideradas. Quando a melhoria seria representada por uma diminuição de sintomas (casos de EDI/DT, EPCS, EAESSA/AS e EAESSA/EV), o RCI deverá ter um resultado negativo, resultante do valor obtido no momento pós avaliação ser inferior ao valor obtido no momento pré-avaliação. Caso inverso se passa para o QEIA e ECI/FC.

#### **Sujeito 1**

Na tabela 58 são apresentados os valores de RCI, classificação da mudança e nível de confiança nessa classificação para o sujeito 1. Para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 58: Mudança clínica para sujeito 1 no momento pós-intervenção

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
<b>ECI - Desconforto/Tensão Total</b>	<b>-2.13</b>	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Assertividade negativa	.6	Sem mudança	-
Expressão e gestão de limitações pessoais	-1.83	<b>Remissão</b>	90
Assertividade de iniciativa	-2.74	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade positiva	-.67	Sem mudança	-
<b>ECI - Frequência de Comportamento Total</b>	<b>2.44</b>	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Assertividade negativa	1.1	<b>Remissão</b>	90
Expressão e gestão de limitações pessoais	.47	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	1.33	<b>Remissão</b>	90
Assertividade positiva	2.62	<b>Recuperação</b>	95
<b>Escala de Pensamentos e Crenças Sociais</b>	<b>-1.5</b>	<b>Remissão</b>	<b>90</b>
Desconforto na interacção social	-1.85	<b>Remissão</b>	90
Desconforto no desempenho público	-2.1	<b>Recuperação</b>	95
<b>Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo</b>	<b>.92</b>	<b>Melhoria</b>	<b>90</b>
Apoio emocional externo	0	Sem mudança	-
Aptidão pessoal funcional	0	Sem mudança	-
Gestão interpessoal	1.54	<b>Remissão</b>	90
Aptidão pessoal afectiva	0	Sem mudança	-
<b>EAESSA - Ansiedade Total</b>	<b>-2.93</b>	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Interacção com o sexo oposto	-1.03	<b>Melhoria</b>	80
Interacção assertiva	-1.26	<b>Melhoria</b>	80
Observação por outros	-2.03	<b>Recuperação</b>	95
Interacção em situações sociais novas	-.67	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	-2.19	<b>Recuperação</b>	95
Comer e beber em público	-.81	Sem mudança	-
<b>EAESSA - Evitamento</b>	<b>-1.51</b>	<b>Remissão</b>	<b>90</b>
Interacção com o sexo oposto	-.5	Sem mudança	-
Interacção assertiva	-.81	Sem mudança	-
Observação por outros	-1.81	<b>Remissão</b>	90
Interacção em situações sociais novas	-.81	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	-.32	Sem mudança	-
Comer e beber em público	.52	Sem mudança	-

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

A análise dos resultados indica que este sujeito beneficiou do programa, demonstrando vários índices de mudança positiva. No que se refere às escalas completas, este sujeito apresentou sempre melhoria clínica e estatisticamente significativa. A melhoria pode ser especificada à diminuição do desconforto e aumento do comportamento assertivo na tomada de iniciativa, na diminuição de pensamentos negativos relativos quer à interacção social quer ao desempenho público, ou na diminuição de ansiedade suscitada em todos os contextos sociais considerados à excepção da interacção em situações sociais novas. A área em que este sujeito parece ter obtido menos ganhos refere-se à diminuição dos níveis de evitamento social e



desenvolvimento de crenças interpessoais referentes ao outro, à relação e à própria competência funcional.

## Sujeito 2

Na tabela 59 são apresentados os valores de RCI, classificação da mudança e nível de confiança nessa classificação para o sujeito 2. Como não foi possível obter informação deste sujeito na Escala de Comportamento Interpessoal no momento de pós-intervenção, não serão apresentados resultados relativos a este instrumento. Para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 59: Mudança clínica para sujeito 2 no momento pós-intervenção

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	-3.12	<b>Recuperação</b>	95
Desconforto na interacção social	-3.71	<b>Recuperação</b>	95
Desconforto no desempenho público	-4.62	<b>Recuperação</b>	95
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	2.02	<b>Recuperação</b>	95
Apoio emocional externo	1.75	<b>Remissão</b>	90
Aptidão pessoal funcional	1.05	<b>Melhoria</b>	80
Gestão interpessoal	1.22	<b>Melhoria</b>	80
Aptidão pessoal afectiva	.97	<b>Melhoria</b>	80
EAESSA - Ansiedade Total	-3.55	<b>Recuperação</b>	95
Interacção com o sexo oposto	-3.1	<b>Recuperação</b>	95
Interacção assertiva	-1.88	<b>Remissão</b>	90
Observação por outros	-2.44	<b>Recuperação</b>	95
Interacção em situações sociais novas	-1.34	<b>Remissão</b>	90
Desempenho em situações sociais formais	-.36	Sem mudança	-
Comer e beber em público	0	Sem mudança	-
EAESSA - Evitamento	-2.89	<b>Recuperação</b>	95
Interacção com o sexo oposto	-1.5	<b>Remissão</b>	90
Interacção assertiva	-1.61	<b>Remissão</b>	90
Observação por outros	-1.08	<b>Melhoria</b>	80
Interacção em situações sociais novas	-2.03	<b>Recuperação</b>	95
Desempenho em situações sociais formais	-1.26	<b>Melhoria</b>	80
Comer e beber em público	0	Sem mudança	-

Nota: EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

A análise de resultados indicam que este sujeito beneficiou bastante da participação no programa, relatando diminuição de sintomas em todas as áreas consideradas, à excepção da

subescala de comer e beber em público da EAESSA na dimensão de ansiedade e evitamento e da subescala de desempenho em situações formais da dimensão de ansiedade do mesmo instrumento. Olhando para a classificação do RCI referente às escalas completas, verificamos recuperação em todas as medidas consideradas.

### Sujeito 3

Na tabela 60 são apresentados os valores de RCI, classificação da mudança e nível de confiança nessa classificação para o sujeito 3. Para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 60: Mudança clínica para sujeito 3 no momento pós-intervenção

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
ECI - Desconforto/Tensão Total	2.79	Deterioração	95
Assertividade negativa	1.21	Deterioração ligeira	80
Expressão e gestão de limitações pessoais	2.19	Deterioração	95
Assertividade de iniciativa	.69	Sem mudança	-
Assertividade positiva	1.67	Deterioração moderada	90
ECI - Frequência de Comportamento Total	0.81	Sem mudança	-
Assertividade negativa	1.37	<b>Remissão</b>	90
Expressão e gestão de limitações pessoais	-.47	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	1.33	<b>Remissão</b>	90
Assertividade positiva	-.3	Sem mudança	-
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	.75	Sem mudança	-
Desconforto na interacção social	2.52	Deterioração	95
Desconforto no desempenho público	-0.31	Sem mudança	-
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	-1.29	Deterioração moderada	90
Apoio emocional externo	-2.19	Deterioração	95
Aptidão pessoal funcional	-.53	Sem mudança	-
Gestão interpessoal	-.3	Sem mudança	-
Aptidão pessoal afectiva	0	Sem mudança	-
EAESSA - Ansiedade Total	.15	Sem mudança	-
Interacção com o sexo oposto	-.52	Sem mudança	-
Interacção assertiva	.63	<b>Melhoria</b>	80
Observação por outros	.41	Sem mudança	-
Interacção em situações sociais novas	-1.01	<b>Melhoria</b>	80
Desempenho em situações sociais formais	0	Sem mudança	-
Comer e beber em público	1.62	Deterioração moderada	80

EAESSA - Evitamento	1.65	Deterioração moderada	80
Interacção com o sexo oposto	1.5	Deterioração moderada	80
Interacção assertiva	-2.15	<b>Recuperação</b>	95
Observação por outros	2.53	Deterioração	95
Interacção em situações sociais novas	0	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	1.26	Deterioração moderada	90
Comer e beber em público	3.12	Deterioração moderada	90

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

A análise dos resultados descritos indica que na maioria das medidas consideradas o sujeito 4 não apresentou mudança significativa. De entre as medidas com alteração, a maioria regista deterioração, indicando que a participação neste programa não beneficiou e pelo contrário prejudicou este sujeito. Nomeadamente, as medidas completas de desconforto ou tensão sentido ao ser assertivo, EPCS e evitamento de situações sociais demonstram níveis variados de deterioração nos resultados, que reflectem o relato de maiores níveis de sintomas. Apenas cinco medidas mostram resultados positivos: as subescalas de assertividade negativa e de iniciativa da dimensão de frequência de comportamento do ECI, as subescalas de interacção assertiva nas dimensões de ansiedade e evitamento da EAESSA e a subescala de interacção em situações sociais novas na dimensão de ansiedade deste último instrumento.

#### Sujeito 4

Na tabela 61 são apresentados os valores de RCI, classificação da mudança e nível de confiança nessa classificação para o sujeito 4. Para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 61: Mudança clínica para sujeito 4 no momento pós-intervenção

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
ECI - Desconforto/Tensão Total	-2.46	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade negativa	-2.42	<b>Recuperação</b>	95
Expressão e gestão de limitações pessoais	-5.85	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade de iniciativa	-1.37	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade positiva	-2.33	<b>Recuperação</b>	95
ECI - Frequência de Comportamento Total	2.30	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade negativa	1.92	<b>Recuperação</b>	95
Expressão e gestão de limitações pessoais	.47	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	1.33	<b>Remissão</b>	90
Assertividade positiva	1.31	<b>Remissão</b>	90
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	-2.5	<b>Recuperação</b>	95
Desconforto na interacção social	-3.71	<b>Recuperação</b>	95
Desconforto no desempenho público	-3.36	<b>Recuperação</b>	95
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	2.39	<b>Recuperação</b>	95
Apoio emocional externo	-.44	Sem mudança	-
Aptidão pessoal funcional	1.05	<b>Melhoria</b>	80
Gestão interpessoal	1.82	<b>Remissão</b>	90
Aptidão pessoal afectiva	2.9	<b>Recuperação</b>	95
EAESSA - Ansiedade Total	-4.32	<b>Recuperação</b>	95
Interacção com o sexo oposto	1.55	Deterioração moderada	90
Interacção assertiva	-3.14	<b>Recuperação</b>	95
Observação por outros	-2.85	<b>Recuperação</b>	95
Interacção em situações sociais novas	-2.35	<b>Recuperação</b>	95
Desempenho em situações sociais formais	-2.92	<b>Recuperação</b>	95
Comer e beber em público	.89	Sem mudança	-
EAESSA - Evitamento	-.41	Sem mudança	-
Interacção com o sexo oposto	.5	Sem mudança	-
Interacção assertiva	1.88	Deterioração moderada	90
Observação por outros	1.08	Deterioração ligeira	80
Interacção em situações sociais novas	-2.43	<b>Recuperação</b>	95
Desempenho em situações sociais formais	-3.34	<b>Recuperação</b>	95
Comer e beber em público	1.56	Deterioração moderada	90

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

A análise de resultados indica que este sujeito beneficiou bastante da participação no programa ASAS, já que obteve índices de recuperação na grande maioria das medidas consideradas, nomeadamente em todas as medidas de escala completa, à excepção da dimensão de evitamento da EAESSA. De notar, ainda assim, a deterioração em quatro medidas, que reflectem ansiedade na interacção com o sexo oposto aumentada, e evitamento aumentado em situações de interacção assertiva, observação por outros e comer e beber em público.

## Sujeito 5

Na tabela 62 são apresentados os valores de RCI, classificação da mudança e nível de confiança nessa classificação para o sujeito 5. Para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 62: Mudança clínica para sujeito 5 no momento pós-intervenção

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
ECI - Desconforto/Tensão Total	-.66	Sem mudança	-
Assertividade negativa	-1.21	<b>Melhoria</b>	80
Expressão e gestão de limitações pessoais	0	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	0	Sem mudança	-
Assertividade positiva	0	Sem mudança	-
ECI - Frequência de Comportamento Total	2.98	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade negativa	3.29	<b>Recuperação</b>	95
Expressão e gestão de limitações pessoais	0	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	1.66	<b>Remissão</b>	90
Assertividade positiva	1.64	<b>Remissão</b>	90
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	-1.75	<b>Remissão</b>	90
Desconforto na interacção social	-1.85	<b>Remissão</b>	90
Desconforto no desempenho público	-3.36	<b>Recuperação</b>	95
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	.73	Sem mudança	-
Apoio emocional externo	0	Sem mudança	-
Aptidão pessoal funcional	1.58	<b>Remissão</b>	90
Gestão interpessoal	.3	Sem mudança	-
Aptidão pessoal afectiva	0	Sem mudança	-
EAESSA - Ansiedade Total	-2.32	<b>Recuperação</b>	95
Interacção com o sexo oposto	0	Sem mudança	-
Interacção assertiva	-.63	Sem mudança	-
Observação por outros	-.41	Sem mudança	-
Interacção em situações sociais novas	-1.01	<b>Melhoria</b>	80
Desempenho em situações sociais formais	-3.28	<b>Recuperação</b>	95
Comer e beber em público	0	Sem mudança	-
EAESSA - Evitamento	-2.34	<b>Recuperação</b>	95
Interacção com o sexo oposto	0	Sem mudança	-
Interacção assertiva	-.81	Sem mudança	-
Observação por outros	-.72	Sem mudança	-
Interacção em situações sociais novas	-.81	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	-3.16	<b>Recuperação</b>	95
Comer e beber em público	-1.04	<b>Melhoria</b>	80

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

A observação dos resultados apresentados na tabela 62 indica que este sujeito apresenta níveis de melhoria circunscritos a determinadas áreas, sendo que na maioria das medidas consideradas não foi observada mudança significativa. A melhoria foi verificada em quatro das escalas completas consideradas: frequência de comportamento, EPCS, ansiedade e evitamento social. Especificamente, diferentes níveis de melhoria foram verificados no que se refere à frequência de comportamento assertivo aumentada e à presença de pensamentos sociais negativos diminuída. Manifesta, igualmente recuperação nas medidas completas da EAESSA, o que parece ser reflexo de uma melhoria na gestão de desempenho em situações sociais formais.

### Sujeito 6

Na tabela 63 são apresentados os valores de RCI, classificação da mudança e nível de confiança nessa classificação para o sujeito 6. Para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 63: Mudança clínica para sujeito 6 no momento pós-intervenção

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
ECI - Desconforto/Tensão Total	0	Sem mudança	-
Assertividade negativa	-.6	Sem mudança	-
Expressão e gestão de limitações pessoais	0	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	.34	Sem mudança	-
Assertividade positiva	.33	Sem mudança	-
ECI - Frequência de Comportamento Total	.68	Sem mudança	-
Assertividade negativa	.82	Sem mudança	-
Expressão e gestão de limitações pessoais	.94	<b>Melhoria</b>	80
Assertividade de iniciativa	.33	Sem mudança	-
Assertividade positiva	-.98	Deterioração ligeira	80
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	0	Sem mudança	-
Desconforto na interacção social	.31	Sem mudança	-
Desconforto no desempenho público	0	Sem mudança	-
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	.73	Sem mudança	-
Apoio emocional externo	.87	<b>Melhoria</b>	80
Aptidão pessoal funcional	0	Sem mudança	-
Gestão interpessoal	.3	Sem mudança	-
Aptidão pessoal afectiva	1.45	<b>Remissão</b>	90

EAESSA - Ansiedade Total	.31	Sem mudança	-
Interacção com o sexo oposto	0	Sem mudança	-
Interacção assertiva	0	Sem mudança	-
Observação por outros	0	Sem mudança	-
Interacção em situações sociais novas	-.34	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	.73	Sem mudança	-
Comer e beber em público	0	Sem mudança	-
<hr/>			
EAESSA - Evitamento	-.14	Sem mudança	-
Interacção com o sexo oposto	0	Sem mudança	-
Interacção assertiva	-.27	Sem mudança	-
Observação por outros	0	Sem mudança	-
Interacção em situações sociais novas	-.81	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	.32	Sem mudança	-
Comer e beber em público	0	Sem mudança	-

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

Os resultados obtidos indicam que este sujeito terá beneficiado pouco da participação deste programa, já que na grande maioria das medidas consideradas não se verifica qualquer alteração sintomática do momento de pré-avaliação ao momento de pós-avaliação. As melhorias observadas foram restringidas ao aumento da frequência de comportamento assertivo referente à expressão e gestão de limitações pessoais e ao aumento da identificação a crenças positivas referentes ao outro e a própria competência afectiva. Pelo contrário, houve diminuição da prática de assertividade positiva, o que é indicador de deterioração.

#### IMPACTO DO PROGRAMA ASAS

A observação conjunta dos dados (Tabela 64), permite, concluir que, no que se refere às medidas de escala completa, as taxas de melhoria (combinando índices de melhoria, remissão e recuperação) foram as seguintes: 33.3% para a subescala de desconforto ou tensão ao ser assertivo, 50% para as escalas de frequência de comportamento assertivo, QEIA e evitamento de eventos sociais, e 66.7% para as escalas de EPCS e ansiedade suscitada em eventos sociais.

Tabela 64: Frequência de classificações por escalas completas e subescalas no momento pós-intervenção

	Deterioração	Deterioração moderada	Deterioração ligeira	Total	Melhoria	Remissão	Recuperação	Total
ECI - Desconforto/Tensão Total	1			1			2	2
Assertividade negativa			1	1	1		1	2
Expressão e gestão de limitações pessoais	1			1		1	1	2
Assertividade de iniciativa				0			2	2
Assertividade positiva		1		1			1	1
ECI - Frequência de Comportamento Total				0			3	3
Assertividade negativa				0		2	2	4
Expressão e gestão de limitações pessoais				0		1		1
Assertividade de iniciativa				0		3	1	4
Assertividade positiva			1	1		3		3
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais				0		2	2	4
Desconforto na interacção social				1		2	2	4
Desconforto no desempenho público				0			4	4
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo		1		1	1		2	3
Apoio emocional externo	1			1	1	1		2
Aptidão pessoal funcional				0	1	1		2
Gestão interpessoal				0	1	2		3
Aptidão pessoal afectiva				0	1	1	1	3
EAESSA - Ansiedade Total				0			3	4
Interacção com o sexo oposto				1	1		1	2
Interacção assertiva		1		0	2	1	1	4
Observação por outros				0			3	3
Interacção em situações sociais novas				0	2	1	1	4
Desempenho em situações sociais formais				0			3	3
Comer e beber em público		1		1				0



EAESSA - Evitamento	1		1		1	2	3
Interacção com o sexo oposto	1		1		1		1
Interacção assertiva	1		1		1	1	2
Observação por outros	1	1	2	1	1		2
Interacção em situações sociais novas			0			2	2
Desempenho em situações sociais formais	1		1	1		2	3
Comer e beber em público	2		2	1			1
Total	5	10	3	18	13	25	83

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

De notar, ainda, que no que se refere ao desconforto ou tensão ao ser assertivo, os resultados foram consistentes para as áreas de assertividade negativa e de iniciativa, e expressão e gestão de limitações pessoais; relativamente à frequência de comportamento assertivo, um total de 4 sujeitos demonstra recuperação ao nível da assertividade negativa e de iniciativa. Já no que respeita ao EPCS, a recuperação foi homogénea para ambas as dimensões integrantes, e no caso do QEIA salientam-se a gestão interpessoal e aptidão pessoal afectiva. Referente à EAESSA, sobressaem para a ansiedade a diminuição em situações de interacção assertiva e em situações novas, e para o evitamento a diminuição em situações de desempenho em situações sociais formais. Verificámos que as respostas de melhorias são muito mais frequentes do que as respostas de deterioração.

Ainda assim, devemos referir que as taxas de deterioração (combinando deterioração, deterioração moderada e deterioração ligeira) foram: 0% para a frequência de comportamento assertivo, EPCS e ansiedade suscitada em eventos sociais, e 16.7% para o desconforto e tensão sentido face ao ser assertivo, QEIA e evitamento face a eventos sociais. Estes resultados foram sempre obtidos pelo sujeito 3. As maiores taxas de deterioração são obtidas na dimensão de evitamento.

A mudança clínica verificada do momento pré ao momento pós-intervenção com o programa ASAS indica que 4 sujeitos demonstram melhoria, enquanto um sujeito parece não ter obtido qualquer impacto com a participação com o programa. Um outro sujeito parece ter experienciado um aumento de sintomas durante o período de intervenção.

### **7.6.2.3 Significância Clínica em follow-up.**

Para averiguar a evolução dos sujeitos em intervenção após a conclusão do programa, foi pedido aos sujeitos que preenchessem os mesmos questionários 3 meses depois da conclusão da intervenção.

#### **7.6.2.3.1 Recuperação no follow-up.**

Para concluir da recuperação dos sujeitos, ou seja, se os seus resultados nas medidas utilizadas se aproximavam mais da média da amostra normativa do que da amostra clínica, foram considerados os pontos de corte descritos acima (Cf. Tabela 57). Os resultados obtidos por cada sujeito foram comparados com o ponto de corte, para determinar se teria havido ou não recuperação.

Como poderemos observar da análise dos resultados apresentados na Tabela 65, quatro sujeitos, ou seja, 66.7% da amostra demonstram recuperação nas medidas de evitamento consideradas pelo EAESSA, mas apenas 50% na medida de ansiedade, reflectindo o aumento de ansiedade relatado pelo sujeito 1. No caso do evitamento, os contextos em que os resultados mostram recuperação para todos os sujeitos em intervenção (100%) são o desempenho em situações sociais formais e a observação por outros; para a ansiedade cinco sujeitos (88.3%) manifestam recuperação face à interacção com o sexo oposto e à observação por outros.

No que respeita ao EPCS apenas dois sujeitos (33.3%) manifestam melhoria na medida completa, reflectindo a perda de ganhos manifesta pelo sujeito 2. Ainda assim, são quatro os sujeitos (66.7%) a manifestarem recuperação no que se refere especificamente a pensamentos de desconforto na interacção social. No caso dos níveis de recuperação na medida completa do QEIA, verificámos que 83.3% cumprem o critério definido, reflectindo o aumento da identificação ao esquema assertivo pelos sujeitos 3 e 4. A aptidão pessoal afectiva continua a ser uma área de recuperação para todos os sujeitos (100%), logo seguida da aptidão pessoal funcional (83.7%).

Por fim, os resultados obtidos indicam que no momento de *follow-up* dois sujeitos, ou seja, 33.3% da amostra demonstram recuperação na medida completa de desconforto da ECI, reflectindo a perda de ganhos por parte do sujeito 1. Apenas os sujeitos 5 e 6 manifestam recuperação nesta medida, e para todas as subescalas consideradas. No que concerne à escala de frequência de comportamento, 50% dos sujeitos apresenta recuperação, com a perda de ganhos do sujeito 6 compensada pelo aumento de ganhos do sujeito 4. Os ganhos são mais evidentes para as áreas de assertividade negativa e de iniciativa.

Tabela 65: Pontos de corte e recuperação de sujeitos em intervenção no momento *follow-up*

ECI - Desconforto/ Tensão						ECI - Frequência de Comportamento					EPCS			QEIA					EAESSA - Ansiedade								EAESSA - Evitamento							
						1)	2)	3)	4)	Total	1)	2)	3)	4)	Total	1)	2)	Total	1)	2)	3)	4)	Total	1)	2)	3)	4)	5)	6)	Total	1)	2)	3)	4)
Sujeito 1																																		
Resultado	18	14	17	16	65	15	17	12	19	63	35	26	64	19	14	25	16	74	12	23	10	18	13	5	81	5	17	7	7	14	5	57		
Recuperação	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S	S	S	N	S	S	S		
Sujeito 2																																		
Resultado	24	9	17	16	66	12	17	14	15	58	27	23	51	22	16	28	17	83	6	20	6	16	14	3	65	6	17	5	10	16	4	58		
Recuperação	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S		
Sujeito 3																																		
Resultado	27	20	19	25	91	18	18	18	16	70	31	21	55	21	16	33	18	88	12	27	12	18	17	7	93	7	19	8	5	14	6	59		
Recuperação	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	N	N		
Sujeito 4																																		
Resultado	21	14	16	15	66	20	23	17	17	77	27	24	53	20	17	29	17	83	9	23	11	18	13	7	81	9	19	7	10	12	6	63		
Recuperação	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	N	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N		
Sujeito 5																																		
Resultado	9	6	8	6	29	30	30	28	30	118	14	9	24	25	20	37	16	98	5	10	6	6	6	3	36	5	8	5	6	7	4	35		
Recuperação	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S		
Sujeito 6																																		
Resultado	8	6	8	8	30	16	24	16	11	67	13	9	23	21	18	39	15	93	5	10	6	7	6	3	37	5	12	5	5	6	4	37		
Recuperação	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S		

Nota: S = recuperação; N = não recuperação; ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EPCS = Escala de Pensamentos e Crenças Sociais; QEIA = Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes.

A análise dos resultados descritos na Tabela 65 permite, ainda, concluir que para os sujeitos 5 e 6 os índices de recuperação são muito semelhantes, entre os momentos pós avaliação e *follow-up*, indicando a manutenção dos ganhos obtidos. No caso dos sujeitos 3 e 4 verificamos um aumento dos índices de recuperação, indicando aumento dos ganhos obtidos. No caso dos 1 e 2 observamos uma ligeira diminuição dos índices de recuperação, indicando a perda dos ganhos obtidos no momento de pós-avaliação. Podemos assim afirmar que 66.7% dos alunos em intervenção demonstram manutenção ou aumento de ganhos no momento *follow-up*.

#### 7.2.2.2.2 Melhoria clínica fiável no *follow-up*.

Para avaliar a mudança clínica fiável foi analisado o RCI, comparando os resultados dos momentos pré-intervenção e *follow-up*.

##### Sujeito 1

Na tabela 66 estão descritos os resultados de RCI obtidos pelo sujeito 1 no momento de *follow-up*, bem como a sua classificação e nível de confiança associado. Mais uma vez, para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 66: Mudança clínica para sujeito 1 no momento *follow-up*

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
ECI - Desconforto/Tensão Total	.16	Sem mudança	-
Assertividade negativa	.91	Deterioração ligeira	80
Expressão e gestão de limitações pessoais	-.37	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	-2.4	Recuperação	95
Assertividade positiva	2	Deterioração	95
ECI - Frequência de Comportamento Total	2.17	Recuperação	95
Assertividade negativa	1.64	Remissão	90
Expressão e gestão de limitações pessoais	.71	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	.66	Sem mudança	-
Assertividade positiva	1.64	Remissão	90
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	-.12	Sem mudança	-
Desconforto na interação social	0	Sem mudança	-
Desconforto no desempenho público	-.3	Sem mudança	-

Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	0	Sem mudança	-
Apoio emocional externo	-.44	Sem mudança	-
Aptidão pessoal funcional	-.53	Sem mudança	-
Gestão interpessoal	.61	Sem mudança	-
Aptidão pessoal afectiva	-.97	Deterioração ligeira	80
EAESSA - Ansiedade Total	-.46	Sem mudança	-
Interacção com o sexo oposto	-.52	Sem mudança	-
Interacção assertiva	0	Sem mudança	-
Observação por outros	-1.22	Melhoria	80
Interacção em situações sociais novas	1-01	Deterioração ligeira	80
Desempenho em situações sociais formais	-1.82	Remissão	90
Comer e beber em público	0	Sem mudança	-
EAESSA - Evitamento	-.55	Sem mudança	-
Interacção com o sexo oposto	-.5	Sem mudança	-
Interacção assertiva	.27	Sem mudança	-
Observação por outros	-1.44	Remissão	90
Interacção em situações sociais novas	-.41	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	-.32	Sem mudança	-
Comer e beber em público	-0.55	Sem mudança	-

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

A análise de resultados indica que, apesar de continuarem a ser verificados alguns índices mantidos de melhoria, verifica-se uma perda de ganhos. Os resultados obtidos por este sujeito no momento de *follow-up* aproximam-se mais dos resultados obtidos no momento de pré-intervenção do que no momento de pós-intervenção. Exemplos disto são todas as subescalas e escala completa da EPCS e a grande maioria das subescalas do QEIA e da dimensão de evitamento da EAESSA. De notar, ainda, que se verifica deterioração em algumas medidas, nomeadamente o aumento do desconforto ou tensão sentida em situações de assertividade negativa e positiva e da ansiedade na interacção em situações sociais novas, e a diminuição do reconhecimento de crenças positivas subjacentes, relativas à própria competência afectiva.

## Sujeito 2

Na tabela 67 estão descritos os resultados de RCI obtidos pelo sujeito 2 no momento de *follow-up*, bem como a sua classificação e nível de confiança associado. Mais uma vez, para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 67: Mudança clínica para sujeito 2 no momento *follow-up*

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
ECI - Desconforto/Tensão Total	1.64	Deterioração moderada	90
Assertividade negativa	2.72	Deterioração	95
Expressão e gestão de limitações pessoais	-1.82	<b>Remissão</b>	90
Assertividade de iniciativa	.34	Sem mudança	-
Assertividade positiva	1.67	Deterioração moderada	90
ECI - Frequência de Comportamento Total	1.22	<b>Remissão</b>	90
Assertividade negativa	0	Sem mudança	-
Expressão e gestão de limitações pessoais	.47	<b>Melhoria</b>	80
Assertividade de iniciativa	1	<b>Remissão</b>	90
Assertividade positiva	1.31	<b>Remissão</b>	90
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	-1.62	<b>Recuperação</b>	95
Desconforto na interação social	-1.68	<b>Remissão</b>	90
Desconforto no desempenho público	-2.16	<b>Recuperação</b>	95
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	2.02	<b>Recuperação</b>	95
Apoio emocional externo	1.75	<b>Remissão</b>	90
Aptidão pessoal funcional	1.05	<b>Remissão</b>	90
Gestão interpessoal	.91	<b>Melhoria</b>	80
Aptidão pessoal afectiva	.97	<b>Melhoria</b>	80
EAESSA - Ansiedade Total	-2.16	<b>Recuperação</b>	95
Interação com o sexo oposto	-2.58	<b>Recuperação</b>	95
Interação assertiva	-31	Sem mudança	-
Observação por outros	-2.44	<b>Recuperação</b>	95
Interação em situações sociais novas	-1.34	<b>Remissão</b>	90
Desempenho em situações sociais formais	0	Sem mudança	-
Comer e beber em público	0	Sem mudança	-
EAESSA - Evitamento	-1.24	<b>Remissão</b>	90
Interação com o sexo oposto	-1.5	<b>Remissão</b>	90
Interação assertiva	0	Sem mudança	-
Observação por outros	-1.44	<b>Remissão</b>	90
Interação em situações sociais novas	-.81	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	0	Sem mudança	-
Comer e beber em público	0	Sem mudança	-

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

A análise dos resultados permite concluir que os ganhos obtidos no momento de pós-intervenção foram, de uma forma geral, mantidos no momento de *follow-up*. O sujeito relata índices de mudança positiva na maioria das medidas consideradas, à excepção das subescalas de assertividade negativa e positiva da dimensão de desconforto e tensão da ECI, onde se verifica que o sujeito reporta maiores níveis de desconforto do que expressava no momento pré-intervenção. De referir que nas subescalas de evitamento de interacção assertiva, interacção em

situações sociais novas e desempenho em situações sociais formais o sujeito retornou ao nível de funcionamento pré-intervenção, perdendo os ganhos que havia ganho no momento de pós-intervenção.

### Sujeito 3

Na tabela 68 estão descritos os resultados de RCI obtidos pelo sujeito 3 no momento de *follow-up*, bem como a sua classificação e nível de confiança associado. Mais uma vez, para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 68: Mudança clínica para sujeito 3 no momento *follow-up*

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
ECI - Desconforto/Tensão Total	3.77	Deterioração	95
Assertividade negativa	1.51	Deterioração ligeira	80
Expressão e gestão de limitações pessoais	2.56	Deterioração ligeira	80
Assertividade de iniciativa	.34	Sem mudança	-
Assertividade positiva	3.33	Deterioração	95
ECI - Frequência de Comportamento Total	.81	Sem mudança	-
Assertividade negativa	1.37	<b>Remissão</b>	90
Expressão e gestão de limitações pessoais	-.71	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	1.99	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade positiva	-.66	Sem mudança	-
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	.35	Sem mudança	-
Desconforto na interacção social	.31	Sem mudança	-
Desconforto no desempenho público	.42	Sem mudança	-
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	1.47	Sem mudança	-
Apoio emocional externo	-1.31	Deterioração ligeira	80
Aptidão pessoal funcional	1.58	Sem mudança	-
Gestão interpessoal	1.82	<b>Recuperação</b>	95
Aptidão pessoal afectiva	.97	<b>Melhoria</b>	80
EAESSA - Ansiedade Total	.31	Sem mudança	-
Interacção com o sexo oposto	0	Sem mudança	-
Interacção assertiva	.63	Sem mudança	-
Observação por outros	.81	Sem mudança	-
Interacção em situações sociais novas	-1.68	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	0	Sem mudança	-
Comer e beber em público	2.42	Deterioração	95

EAESSA - Evitamento	-1.79	Remissão	90
Interacção com o sexo oposto	-1.5	Remissão	90
Interacção assertiva	-1.34	Remissão	90
Observação por outros	1.08	Deterioração moderada	90
Interacção em situações sociais novas	-3.35	Recuperação	95
Desempenho em situações sociais formais	-.63	Sem mudança	-
Comer e beber em público	1.04	Deterioração ligeira	80

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

A análise de resultados permite verificar que existe alguma melhoria em relação quer ao momento de pré-intervenção como ao momento de pós-intervenção, especificamente no que se refere à subescalas de gestão interpessoal e aptidão pessoal afectiva do QEIA, à escala completa de evitamento da EAESSA e às subescalas desta mesma dimensão de interacção com o sexo oposto e interacção em situações sociais novas. Ainda assim, este sujeito continua a demonstrar deterioração em várias medidas, especialmente no que se refere ao desconforto ou tensão sentido face ao ser assertivo, cujos valores se mantiveram próximos dos obtidos no momento de pós-intervenção.

#### Sujeito 4

Na tabela 69 estão descritos os resultados de RCI obtidos pelo sujeito 4 no momento de *follow-up*, bem como a sua classificação e nível de confiança associado. Mais uma vez, para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 69: Mudança clínica para sujeito 4 no momento *follow-up*

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
ECI - Desconforto/Tensão Total	-5.57	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade negativa	-3.93	<b>Recuperação</b>	95
Expressão e gestão de limitações pessoais	-6.94	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade de iniciativa	-3.43	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade positiva	-4.33	<b>Recuperação</b>	95
ECI - Frequência de Comportamento Total	4.47	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade negativa	3.01	<b>Recuperação</b>	95
Expressão e gestão de limitações pessoais	1.41	Remissão	90
Assertividade de iniciativa	3.66	<b>Recuperação</b>	95
Assertividade positiva	2.62	<b>Recuperação</b>	95



Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	-4.49	<b>Recuperação</b>	95
Desconforto na interação social	-6.49	<b>Recuperação</b>	95
Desconforto no desempenho público	-5.88	<b>Recuperação</b>	95
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	5.14	<b>Recuperação</b>	95
Apoio emocional externo	1-31	<b>Remissão</b>	90
Aptidão pessoal funcional	3-69	<b>Recuperação</b>	95
Gestão interpessoal	3-34	<b>Recuperação</b>	95
Aptidão pessoal afectiva	3-38	<b>Recuperação</b>	95
EAESSA - Ansiedade Total	-8.34	<b>Recuperação</b>	95
Interação com o sexo oposto	-1.03	<b>Recuperação</b>	95
Interação assertiva	-5.65	<b>Melhoria</b>	80
Observação por outros	-4.47	<b>Recuperação</b>	95
Interação em situações sociais novas	-4.03	<b>Recuperação</b>	95
Desempenho em situações sociais formais	-4.37	<b>Recuperação</b>	95
Comer e beber em público	.81	Sem mudança	-
EAESSA - Evitamento	-4.26	<b>Recuperação</b>	95
Interação com o sexo oposto	-1.5	<b>Remissão</b>	90
Interação assertiva	0	Sem mudança	-
Observação por outros	-.72	Sem mudança	-
Interação em situações sociais novas	-3.35	<b>Recuperação</b>	95
Desempenho em situações sociais formais	-.63	<b>Recuperação</b>	95
Comer e beber em público	.52	Sem mudança	-

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

A análise dos resultados indica que para este sujeito os ganhos obtidos no momento de pós-intervenção foram não apenas mantidos mas também aumentados para o momento de *follow-up*. Isto foi verificado para todas as escalas e subescalas consideradas. Apenas os resultados em três subescalas indicam não ter havido alterações do momento pré-intervenção ao momento pós-intervenção e ao *follow-up*: a ansiedade e evitamento face à comer e beber em público e o evitamento face à interação assertiva e à observação por outros.

### Sujeito 5

Na tabela 70 estão descritos os resultados de RCI obtidos pelo sujeito 5 no momento de *follow-up*, bem como a sua classificação e nível de confiança associado. Mais uma vez, para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 70: Mudança clínica para sujeito 5 no momento *follow-up*

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
ECI - Desconforto/Tensão Total	-.49	Sem mudança	-
Assertividade negativa	-.6	Sem mudança	-
Expressão e gestão de limitações pessoais	0	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	0	Sem mudança	-
Assertividade positiva	-.33	Sem mudança	-
ECI - Frequência de Comportamento Total	2.17	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Assertividade negativa	1.92	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Expressão e gestão de limitações pessoais	0	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	1.33	<b>Remissão</b>	<b>90</b>
Assertividade positiva	1.64	<b>Remissão</b>	<b>90</b>
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	-1.62	<b>Remissão</b>	<b>90</b>
Desconforto na interação social	-1.85	<b>Remissão</b>	<b>90</b>
Desconforto no desempenho público	-2.94	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	.37	Sem mudança	-
Apoio emocional externo	0	Sem mudança	-
Aptidão pessoal funcional	1.58	<b>Remissão</b>	<b>90</b>
Gestão interpessoal	-.3	Sem mudança	-
Aptidão pessoal afectiva	0	Sem mudança	-
EAESSA - Ansiedade Total	-2.47	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Interação com o sexo oposto	0	<b>Melhoria</b>	<b>80</b>
Interação assertiva	-.31	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Observação por outros	-.41	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Interação em situações sociais novas	-1.68	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Desempenho em situações sociais formais	-3.28	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Comer e beber em público	0	Sem mudança	-
EAESSA - Evitamento	-1.79	<b>Remissão</b>	<b>90</b>
Interação com o sexo oposto	0	Sem mudança	-
Interação assertiva	-.54	Sem mudança	-
Observação por outros	-.72	Sem mudança	-
Interação em situações sociais novas	0	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	-2.84	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Comer e beber em público	-1.04	<b>Melhoria</b>	<b>80</b>

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

A análise de resultados indica que os ganhos obtidos no momento de pós-intervenção foram mantidos no momento de *follow-up*, em relação ao momento de pré-intervenção. Além disso, verificamos um ganho continuado do momento de pós-intervenção ao *follow-up* no que respeita à dimensão de ansiedade suscitada em eventos sociais, com a única excepção da subescala de comer e beber em público.

## Sujeito 6

Na tabela 71 estão descritos os resultados de RCI obtidos pelo sujeito 6 no momento de *follow-up*, bem como a sua classificação e nível de confiança associado. Mais uma vez, para facilitar a visualização e leitura destes dados, os resultados indicativos de melhoria são apresentados a negrito. Quando não foi verificada qualquer alteração significativa nos resultados obtidos pelo sujeito do momento pré ao momento pós-avaliação, tal é assinalado a cinzento.

Tabela 71: Mudança clínica para sujeito 6 no momento *follow-up*

	RCI	Classificação	Nível de Confiança
ECI - Desconforto/Tensão Total	.33	Sem mudança	-
Assertividade negativa	-.3	Sem mudança	-
Expressão e gestão de limitações pessoais	0	Sem mudança	-
Assertividade de iniciativa	-.34	Sem mudança	-
Assertividade positiva	-.67	Sem mudança	-
ECI - Frequência de Comportamento Total	2.17	<b>Recuperação</b>	<b>95</b>
Assertividade negativa	1.64	<b>Remissão</b>	<b>90</b>
Expressão e gestão de limitações pessoais	3.06	<b>Remissão</b>	<b>90</b>
Assertividade de iniciativa	0	Sem mudança	-
Assertividade positiva	-.98	Deterioração ligeira	<b>80</b>
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais	.25	Sem mudança	-
Desconforto na interacção social	.31	Sem mudança	-
Desconforto no desempenho público	.42	Sem mudança	-
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo	-.73	Sem mudança	-
Apoio emocional externo	0	Sem mudança	-
Aptidão pessoal funcional	-1.05	Deterioração ligeira	<b>80</b>
Gestão interpessoal	-.3	Sem mudança	-
Aptidão pessoal afectiva	-.48	Sem mudança	-
EAESSA - Ansiedade Total	.31	Sem mudança	-
Interacção com o sexo oposto	0	Sem mudança	-
Interacção assertiva	.31	Sem mudança	-
Observação por outros	0	Sem mudança	-
Interacção em situações sociais novas	-.34	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	.36	Sem mudança	-
Comer e beber em público	0	Sem mudança	-
EAESSA - Evitamento	.27	Sem mudança	-
Interacção com o sexo oposto	0	Sem mudança	-
Interacção assertiva	.54	Sem mudança	-
Observação por outros	0	Sem mudança	-
Interacção em situações sociais novas	-.41	Sem mudança	-
Desempenho em situações sociais formais	0	Sem mudança	-
Comer e beber em público	0	Sem mudança	-

Nota: ECI = Escala de Comportamento Interpessoal; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

A observação dos resultados relatados pelo sujeito 6 indica que os ganhos obtidos foram, de uma forma geral, mantidos. Em alguns casos verifica-se uma melhoria aumentada. Foi o caso dos resultados obtidos para as subescalas de assertividade negativa e escala completa referente à frequência de comportamento assertivo praticado. Pelo contrário, os ganhos obtidos, nomeadamente ao nível do esquema interpessoal assertivo parecem ter sido perdidos. No entanto, na maioria das medidas consideradas, continua a não ser verificada qualquer alteração de sintomas.

#### IMPACTO DO PROGRAMA ASAS

A observação conjunta dos dados (Tabela 72), permite, concluir que, no que se refere às medidas de escala completa, as taxas de melhoria (combinando índices de melhoria, remissão e recuperação) foram as seguintes: 16.7% para escala de desconforto ou tensão ao ser assertivo, 33.3% para o QEIA, 50% para as escalas de ansiedade em situações sociais e EPCS, 66.7% para a escala de evitamento e 83.3% para a escala de frequência de comportamento assertivo. Em comparação com o momento de pós-intervenção, estes resultados indicam diminuição nas taxas de melhoria alcançadas na escala de desconforto e tensão e de ansiedade em eventos sociais, na EPCS e no QEIA, e aumento nas taxas de melhoria relatadas para o evitamento em situações sociais e a frequência de comportamento assertivo.

De notar, ainda, que no que se refere ao desconforto ou tensão ao ser assertivo, os resultados de melhoria alcançados foram consistentes para as áreas de assertividade de iniciativa e expressão e gestão de limitações pessoais; relativamente à frequência de comportamento assertivo, um total de 5 sujeitos demonstra melhoria ao nível da assertividade negativa. Já no que respeita ao EPCS, a melhoria foi homogénea para ambas as dimensões integrantes, e no caso do QEIA salientam-se a gestão interpessoal, e a aptidão pessoal funcional e afectiva. Referente à EAESSA, sobressaem a diminuição de ansiedade na interacção em situações novas e a diminuição do evitamento da interacção com o sexo oposto. Verificamos que as respostas de melhorias são muito mais frequentes do que as respostas de deterioração.

Tabela 72: Frequência de classificações por escalas completas e subescalas no momento *follow-up*

	Deterioração		Deterioração	Total	Melhoria	Remissão	Recuperação	Total
	Deterioração	moderada	ligeira					
ECI - Desconforto/Tensão Total	1	1		2			1	1
Assertividade negativa	1		2	3			1	1
Expressão e gestão de limitações pessoais				1		1	1	2
Assertividade de iniciativa				0			2	2
Assertividade positiva	2	1		3			1	1
ECI - Frequência de Comportamento Total				0		1	4	5
Assertividade negativa				0		3	2	5
Expressão e gestão de limitações pessoais				0	1	2		3
Assertividade de iniciativa				0		2	2	4
Assertividade positiva			1	1		3	1	4
Escala de Pensamentos e Crenças Sociais				0		1	2	3
Desconforto na interacção social				0		2	1	3
Desconforto no desempenho público				0			3	3
Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo				0		2	2	2
Apoio emocional externo		1		1		2		2
Aptidão pessoal funcional			1	1			1	3
Gestão interpessoal				0	1		2	3
Aptidão pessoal afectiva			1	1	2		1	3
EAESSA - Ansiedade Total				0			3	3
Interacção com o sexo oposto				0	1		2	3
Interacção assertiva				0	2		1	3
Observação por outros			1	1			3	3
Interacção em situações sociais novas				0		2	2	4
Desempenho em situações sociais formais				0			2	2
Comer e beber em público	1			1				0

EAESSA - Evitamento				0		3	1	4
Interacção com o sexo oposto				0		3		3
Interacção assertiva				0		1		1
Observação por outros	1			1		2		2
Interacção em situações sociais novas				0			2	2
Desempenho em situações sociais formais				0			2	2
Comer e beber em público			1	1	1			1
Total	5	4	7	16	7	30	45	82

De facto, as taxas de deterioração no momento de *follow-up* (combinando deterioração, deterioração moderada e deterioração ligeira) foram de 0% para todas as escalas completas, à excepção da escala de desconforto ou tensão ao ser assertivo, em que a taxa de deterioração foi de 33.3%. Foi nesta área que se obtiveram maiores taxas de deterioração, sendo que o sujeito 3 obteve a classificação de deterioração na escala completa e em três das subescalas consideradas. Os índices de deterioração foram mais reduzidos neste momento de avaliação do que no momento de pós-intervenção.

Para os sujeitos 2, 4, 5 e 6 os resultados obtidos demonstram que os ganhos obtidos com a intervenção foram mantidos no *follow-up* a três meses. O sujeito 1 demonstra alguma deterioração, principalmente nas áreas referentes à ansiedade sentida em situações sociais, tendo perdido os ganhos manifestos no momento de pós-intervenção. O sujeito 3 manifesta melhoria principalmente no que se refere à diminuição do evitamento social, mas ainda assim são verificadas algumas áreas de funcionamento deteriorado no momento de *follow-up*, referentes ao desconforto e tensão sentida ao ser assertivo. Podemos portanto afirmar que os ganhos foram mantidos ou aumentados no momento de *follow-up* para 66.7% da amostra.

## 7.7 Discussão do Estudo Três

O presente estudo teve como objectivo a implementação e avaliação de eficácia de um programa de gestão de ansiedade social e promoção de competências assertivas, junto a adolescentes com níveis de ansiedade social elevados e défice assertivo. Num trabalho com uma amostra adolescente nacional alargada, Cunha (2005) concluiu que, de entre os adolescentes que cumprem critérios de perturbação de ansiedade social clínica, 75.9% não recebem apoio psicológico, enquanto 64.6% referem que gostariam de receber. Assim, torna-se importante desenvolver programas de intervenção acessíveis e específicos para estas dificuldades sociais, que possam responder às necessidades dos jovens em contexto real.

O programa em causa, denominado Aptidões para o Sucesso Académico e Social (ASAS), pretendeu responder a esta necessidade, sendo desenvolvido em contexto escola e dirigido a uma população sub-clínica. Os adolescentes seleccionados para intervenção foram sinalizados pelos professores ou psicóloga da escola. A sua integração no grupo de intervenção foi feita com base numa avaliação por recurso a entrevista estandardizada, fundamentada na ADIS-C (Silverman & Albano, 1996a) no que respeita aos sintomas de ansiedade social, e num *role-play* para avaliação de competências assertivas verbais e não verbais, tal como recomendado por Duckworth e Mercer (2006). Foram seleccionados e integrados no programa de intervenção 6 sujeitos, que foram submetidos ao protocolo de intervenção em dois ensaios clínicos diferenciados. Apesar de reduzida, esta amostra é semelhante à trabalhada em outros estudos piloto de protocolos de intervenção (Masia, et al., 2001; Rodríguez & López, 2001).

A aplicação do programa seguiu um manual estruturado, organizado em sessões diferenciadas, de acordo com o tema ou competências a desenvolver. À semelhança do realizado em outros programas (Bulkeley & Cramer, 1990), os dinamizadores reuniram antes de cada sessão para a planear e imediatamente a seguir a cada sessão para a rever. A utilização de manuais de intervenção organizados em módulos que possam facilmente ser reconhecidos e aplicados individualmente torna este programa apropriado às exigências desenvolvimentais do adolescente (Sauter, et al., 2009). A implementação deste manual, foi, no entanto, feita de forma flexível, nomeadamente no que respeita ao tempo dedicado em

cada sessão às actividades ou conteúdos previstos, e à possibilidade de cada aluno individualizar as estratégias abordadas em cada sessão. Esta flexibilidade na implementação, bem como a transposição de tratamentos para contextos clínicos (e não de investigação), já vinha sendo defendida como concordante com a prática baseada em evidências (Ollendick & King, 2004), que tentámos promover com este trabalho.

A prática baseada em evidências deve ter fundamento não apenas teórico mas também empírico. O fundamento teórico do programa ASAS foi descrito no capítulo 5 (ponto 5.2), pelo que resta avaliar o fundamento empírico desta intervenção. Neste sentido, para avaliar a eficácia do programa de intervenção ASAS foram tidos em conta dois critérios: a fidelidade de tratamento e a significância clínica da mudança alcançada pelos sujeitos em intervenção.

### **7.7.1 Fidelidade de Tratamento**

A fidelidade do tratamento refere-se à aplicação do programa de acordo com os procedimentos e cronograma definido no protocolo ou manual de aplicação. Conforme descrição de adesão ao manual realizada pelos dois dinamizadores do programa após cada sessão, o protocolo foi seguido no que se refere a actividades e procedimentos previstos. Foram realizadas as sessões de grupo, as sessões individuais, os eventos sociais e os encontros com pais. As sessões de reforço, descritas como facultativas, não foram realizadas, por indisponibilidade dos alunos, que se encontravam, nessa altura, em fase de avaliações finais ou já de férias. As sessões com professores, apesar de estarem planeadas, não foram realizadas, por falta de disponibilidade dos professores.

De facto, a implementação de programas de prevenção na comunidade nem sempre é fácil, por não haver apoio político ou institucional a esta implementação (Rishel, 2007). Igualmente, os adolescentes ansiosos não representam um problema imediato para o pessoal da escola, pais ou outros, ao contrário de adolescentes com perturbações externalizantes, pelo que são mais dificilmente sinalizados e apoiados em contexto escolar (Sauter, et al., 2009); os pais e professores muitas vezes encaram as dificuldades sociais do adolescente tímido como características de personalidade e/ou que passam com a idade, não lhes atribuindo uma importância que suscite necessidade de intervenção psicoterapêutica. O investigador pode tentar contornar esta situação, identificando as instituições que provavelmente estejam mais abertas e os factores que influenciam na adopção do programa por parte da instituição, para os poder controlar e aumentar a probabilidade de implementação do programa (Rishel, 2007). No presente trabalho, foi estabelecida uma ligação mais directa com os funcionários auxiliares de acção educativa, que se mostravam mais disponíveis. Por este meio foi possível fixar a sala onde decorriam as sessões e mais facilmente localizar e contactar os alunos participantes na intervenção.



No que se refere especificamente às sessões de intervenção em grupo, a assiduidade dos sujeitos integrados no ensaio clínico I (sujeitos 1, 2 e 3) foi problemática. Duas sessões tiveram de ser adiadas por falta de dois alunos no mesmo dia. A adesão à intervenção já havia sido classificada com valores baixos na intervenção clínica no nosso país (Salvador, 2010). Tendo em consideração que um dos primeiros e mais difíceis passos no tratamento da ansiedade social na adolescência e infância é envolver os sujeitos no tratamento (Beidel, 1998), foi seguida a sugestão da mesma autora, que recomenda a utilização de pequenas recompensas por vir e participar nas sessões, como meio possivelmente efectivo para aumentar a motivação e envolvimento dos sujeitos adolescentes em intervenção. O estabelecimento de um horário por acordo entre todos os participantes e a atribuição de uma sala fixa pela escola para a realização das sessões contribuiu também para melhorar a adesão às sessões, pelo que estas duas últimas estratégias foram consideradas nas definições iniciais do grupo pertencente ao ensaio clínico II.

Outra aprendizagem que foi transferida do ensaio clínico I ao II refere-se ao tempo de duração das sessões. A abordagem de todos os conteúdos previstos em cada sessão levou a que a sua duração variasse entre 1 hora e 1 hora e meia ao longo do ensaio clínico I, pelo que as sessões foram marcadas e planeadas para 1 hora com os participantes do ensaio clínico II.

Igualmente problemática no ensaio clínico I foi o cumprimento de tarefas de casa, que é comum na implementação de programas de promoção de competências sociais, por ser facilmente activada a resistência e tendência de evitamento dos sujeitos (Rakus, 1991). Ainda assim, a adesão às tarefas de casa é tida como associada à eficácia da intervenção (Hope, et al., 2010; Kazantzis & Lampropoulos, 2002), pelo que foram encetadas estratégias para aumentá-la. Especificamente, foi dedicado mais tempo à explicitação e treino na sessão dos comportamentos a transferir para a vida quotidiana, e foram sistematicamente previstos e trabalhados possíveis obstáculos à realização da tarefa de casa (Kazantzis & Lampropoulos, 2002). Igualmente, foi acordado com os alunos participantes o envio de uma mensagem escrita por telemóvel no fim-de-semana precedente a cada sessão, referindo e relembrando a tarefa a realizar e rever na sessão seguinte. A utilização de meios “apropriados à adolescência”, como email ou telefone para aumentar a probabilidade de adesão às tarefas propostas no tratamento e não desistência, faz parte de uma intervenção sustentada em características desenvolvimentais desta faixa etária (Sauter, et al., 2009). Por fim, foi implementado um sistema de reforço intermitente fixo, com o objectivo de aumentar o comportamento alvo (Gonçalves, 1999). Com a utilização destas estratégias, o cumprimento das tarefas de casa foi aumentado para todos os sujeitos em intervenção. No ensaio clínico II, a explicitação do trabalho de casa foi sempre tida em conta. Não houve necessidade de implementação das restantes estratégias, pois nunca se verificou incumprimento das tarefas de casa.

De entre as estratégias de intervenção utilizadas nas **sessões de grupo**, as mais facilmente aplicadas pelos sujeitos foram relativas à aprendizagem e promoção da prática

comportamental, pelo que foram versadas de forma mais incisiva e permanente em todas as sessões. Este tipo de actividades pode indirectamente questionar as cognições do indivíduo (J. Beck, 1997; Gonçalves, 1993). Por seu turno, a identificação e modificação directa de pensamentos automáticos negativos provaram ser a maior dificuldade dos alunos em intervenção, o que vem de encontro a trabalhos anteriores que demonstram que a taxa de identificação de pensamentos automáticos negativos mesmo na adolescência parece ser muito baixa (Alfano, et al., 2006). A reestruturação cognitiva é uma técnica cognitiva mais complexa (Sauter, et al., 2009), por isso mais difícil de aplicar, pelo que é sustentada apenas face à necessidade e como técnica preventiva (Alfano, et al., 2006). No caso do sujeito 6, a reestruturação de pensamentos automáticos negativos foi ainda mais dificultada pela notória rigidez cognitiva (Rakus, 1991), já que o aluno questionava frequentemente a pertinência e utilidade das técnicas trabalhadas e o quanto seriam aplicáveis a si próprio.

A dificuldade adolescente na capacidade introspectiva poderá explicar estes resultados, sendo necessário que os adolescentes atinjam um estado de desenvolvimento de auto-consciência e consideração de múltiplas perspectivas para poderem beneficiar de técnicas cognitivas, como questionar pensamentos irracionais. Pelo contrário, a utilização de frases ou questões de *coping* face à situação pareceu facilmente entendida e utilizada, tratando-se de uma forma mais simples de estratégias cognitivas, facilmente realizada por qualquer adolescente (Sauter, et al., 2009). Verificámos esta facilidade, sendo que cada aluno acabou por seleccionar de forma idiossincrática uma forma de questionar o pensamento negativo que lhe permitia mais facilmente acreditar no novo pensamento (e.g. *É útil para mim pensar assim? Qual é a outra explicação alternativa? Qual é o pior que pode acontecer? Será que não conseguia mesmo lidar com isso?*). A terapia de grupo foi, neste sentido, individualizada, deixando-se e incentivando a liberdade de cada adolescente para escolher e individualizar a técnica da forma que considerasse mais útil individualmente (A. T. Beck, et al., 1985).

A construção de frases de *coping* ou resposta aos pensamentos sociais negativos foi sempre aplicada a situações reais e pertinentes a cada sujeito, considerando a influência situacional e individual da resposta social assertiva, comprovada pela literatura (Heimberg & Becker, 1981) e pelos resultados obtidos no estudo segundo deste trabalho. Isto permitiu que os sujeitos mais facilmente recordassem as frases de *coping*, por terem sido criadas por eles, minimizando a interferência de cognições negativas ou não pertinentes, que facilmente ocorre quando é solicitado ao sujeito que tente activar determinado pensamento (Tormala, Falces, Brinol, & Petty, 2007). Esta aplicação situacional de técnicas cognitivas, em conjunto com exposição comportamental parece ter maior efeito na aprendizagem de competências assertivas (Jacobs & Cochran, 1982), que não representa uma meta de desenvolvimento, mas pelo contrário tem de ser ensinada, modelada e incentivada (Duckworth & Mercer, 2006).

No que respeita à reestruturação cognitiva de crenças centrais, trata-se de uma técnica face à qual são recomendadas maiores restrições, por implicar alterações ao nível do

próprio auto-conceito (James & Barton, 2004). Neste sentido, apenas foi realizada com dois sujeitos (sujeito 3 e 6), nas sessões individuais, face às necessidades manifestas por estes alunos. O sujeito 3 manifestava crenças negativas em relação ao seu próprio valor e aos outros como fontes indisponíveis de apoio ou afecto, enquanto o sujeito 6 manifestava crenças negativas em relação aos outros como abusadores e humilhantes. Trata-se de temas cognitivos comuns, no primeiro caso ao medo de avaliação negativa, e no segundo ao evitamento social (Cunha & Pinto-Gouveia, 1999; Pinto-Gouveia, et al., 2006), o que corresponde às dificuldades manifestas pelos sujeitos.

Relativamente aos **eventos sociais**, foram considerados uma mais-valia pelos alunos participantes, permitindo, por um lado, a prática real de competências adquiridas e, por outro, a constatação da própria competência e do nível real de dificuldade face a várias situações sociais. A presença e apoio de alunos pares colaboradores da intervenção, bem como a exposição *in vivo* demonstraram, assim, ser técnicas agradáveis, motivantes e efectivas, confirmando a pertinência dos alunos par como modelos e elos de apoio (Visser, 2004), especialmente na adolescência (Sauter, et al., 2009).

Os **encontros com pais** decorreram, também, conforme o previsto. Os pais participantes mostraram-se interessados e cooperativos. O apoio parental surge como factor importante na intervenção junto a dificuldades sociais na adolescência, partindo da compreensão das dificuldades do adolescente, da capacidade de o envolver na intervenção, e da gestão dos próprios medos em relação ao desenvolvimento adolescente e aos eventos sociais em si (Beidel, 1998). Estas foram áreas que faziam parte dos objectivos e conteúdos a abordar nestes encontros. No entanto, fomos confrontados com algumas dinâmicas familiares que poderão ter influência negativa no impacto da intervenção junto aos adolescentes. Nos casos dos sujeitos 1 e 4 verificámos a existência de superprotecção; acresce no caso do sujeito 4 as baixas expectativas em relação à competência da filha. No caso do sujeito 3, confrontámo-nos com uma família emocionalmente distante e mesmo rejeitante, em que o comportamento social é punido em vez de incentivado. No caso do sujeito 6, a família é caracterizada por isolamento social e não expressão comum de afecto. Todos estes aspectos têm sido associados a inibição do comportamento assertivo e pior desempenho em sujeitos com ansiedade social (Rakus, 1991; Taylor & Alden, 2006).

A constatação da fidelidade do tratamento é condição necessária para garantir a condição experimental cuja eficácia nos propomos avaliar: a implementação do programa de intervenção ASAS. Tendo sido estabelecido que o protocolo de intervenção foi seguido de igual modo nos dois ensaios clínicos, podemos garantir que técnicas, sequenciação e temáticas estamos a avaliar, quando nos propomos avaliar a eficácia ou impacto terapêutico do programa em estudo.

### **7.7.2 Significância clínica.**

Para avaliar a significância clínica da mudança terapêutica esperada, foram utilizados instrumentos previamente trabalhados e validados para a população adolescente, tornando a avaliação deste programa apropriada às exigências de desenvolvimento da adolescência (Sauter, et al., 2009). Os resultados obtidos nestes instrumentos por cada sujeito individualmente em três momentos de avaliação (pré-intervenção, pós-intervenção e *follow-up* a 3 meses) foram utilizados para analisar a recuperação e melhoria de cada sujeito em cada área alvo do programa: ansiedade social e assertividade. A recuperação e melhoria são caracterizadas por diminuição dos níveis de ansiedade social e aumento nos níveis de assertividade. A recuperação avalia esta diminuição ou aumento face ao que seria esperado na população normal, enquanto a melhoria avalia este aumento ou diminuição em função dos sintomas e dificuldades individuais manifestas pelo sujeito no momento pré-intervenção.

Foram consideradas quatro hipóteses que estipulam operacionalmente os resultados esperados com a implementação do programa ASAS. Passamos em seguida a apresentá-las e analisá-las, em função dos resultados obtidos e da literatura na área.

#### **7.7.2.1 Diminuição dos níveis de ansiedade social.**

Considerando que o objectivo último da intervenção na ansiedade social é ajudar a estabelecer reacções construtivas e reforçadoras que quebrem o ciclo interpessoal de ansiedade social (Alden & Taylor, 2004), as áreas em que a recuperação e melhoria foi notória nos instrumentos respeitantes à ansiedade social é um dado promissor na promoção do desempenho social a longo prazo dos adolescentes participantes.

##### **Hipótese a)**

*O programa ASAS promove a diminuição dos níveis de ansiedade social, enquanto medidos pela EAESSA.*

Os resultados obtidos indicam que, no momento de **pós-intervenção**, 66.7% da amostra demonstra recuperação nas medidas de ansiedade e evitamento consideradas pelo EAESSA. Os contextos em que a recuperação parece ter sido mais notória prendem-se com a interacção com o sexo oposto, interacção assertiva, observação por outros e interacção em situações sociais novas. Considerando o critério de melhoria clínica fiável, os resultados indicam que 50% e 66.7% dos sujeitos manifestaram índices de melhoria para as escalas de

evitamento e ansiedade, respectivamente. As áreas onde foram verificadas taxas mais altas de melhoria foram a interação assertiva e em situações novas no caso da ansiedade, e a observação por outros e desempenho em situações sociais formais no caso de evitamento. Tal indica que a maioria dos sujeitos em intervenção recebeu um impacto positivo do programa ASAS na promoção de diminuição dos níveis de ansiedade social medidos pela EAESSA, confirmando esta hipótese.

Podemos verificar que os contextos em que os níveis de ansiedade social diminuíram não foram coincidentes para a dimensão de ansiedade e para a dimensão de evitamento, indicando que o programa não teve o mesmo impacto nestas duas dimensões. No que se refere à ansiedade, o impacto parece ter sido sobre as áreas mais directamente versadas no programa, especificamente no treino de competências de assertividade negativa e de tomada de iniciativa. Estes resultados comprovam a pertinência do treino em competências sociais no tratamento de perturbações emocionais, de que é exemplo a ansiedade social, recorrendo a técnicas de instrução, modelagem, treino comportamental, *feedback*, reforço, resolução de problemas e treino de percepção social (Spence, 2003). Pelo contrário, os resultados obtidos na dimensão evitamento podem estar sujeitos à influência de variáveis parasitas, nomeadamente o normal desenrolar do ano escolar, que propicia menor possibilidade de evitamento de situações de observação pelos outros e de desempenho em situações sociais formais.

#### **Hipótese b)**

*O programa ASAS promove a diminuição dos níveis de pensamentos sociais negativos, enquanto medidos pela EPCS.*

Os resultados obtidos indicam que no momento de **pós-intervenção** três sujeitos, ou seja, 50% da amostra demonstraram recuperação na medida completa da EPCS, que foi especialmente manifesta no domínio de interação social. No mesmo sentido apontam os resultados de melhoria clínica fiável, já que 66.7% da amostra demonstra índices de melhoria fiáveis, neste caso de forma homogénea para ambas as dimensões consideradas. Estes dados confirmam o impacto positivo do programa junto a metade dos adolescentes em participação.

Verificamos uma discrepância no que respeita aos índices de significância clínica para a subescala de desconforto no desempenho público. Esta é uma área identificada pela maioria dos sujeitos como problemática no momento da entrevista de selecção. Assim, os resultados obtidos pelos sujeitos no momento inicial estariam possivelmente mais distantes da amostra normal, consequentemente não diminuindo o suficiente para se aproximarem das medidas da amostra normal. Esta diminuição não suficiente poderá estar associada à dificuldade notória nos adolescentes ao longo da implementação do programa da prática de técnicas de natureza cognitiva. Ainda assim, a mudança individual indica o impacto positivo do programa ASAS

também nesta dimensão cognitiva, ainda mais se considerarmos, como Wise (2004), que o retorno à normalidade imediatamente após a intervenção é um critério irrealista.

#### **7.7.2.2 Aumento dos níveis de assertividade.**

A intervenção face à promoção de competências assertivas não tem recebido a mesma atenção e sistematização que a intervenção na ansiedade social. De facto, é vista mais como um acréscimo pertinente e mesmo necessário da intervenção em outros problemas, emocionais, de desenvolvimento ou de comportamento, e não como uma necessidade de intervenção por si mesma (Spence, 2003). Por isso mesmo, existem poucos termos de comparação em relação à eficácia deste tipo de intervenção, que surgem mesclados na maioria dos programas de intervenção em ansiedade social.

Os trabalhos disponíveis indicam que o treino assertivo em contexto escolar é efectivo, em comparação com uma condição de não tratamento (Bulkeley & Cramer, 1990). Os resultados obtidos neste trabalho corroboram esta conclusão. Algumas condições parecem ser importantes e contribuir para esta eficácia e foram tidas em consideração no programa ASAS, nomeadamente a clarificação do que se entende por resposta assertiva e em que contextos é pertinente, que se adequa as estratégias utilizadas ao sexo e idade dos participantes (Ruben & Ruben, 1989), e que se criem as condições cognitivas, de reforço e de motivação, propícias ao desenvolvimento de uma resposta assertiva (Duckworth & Mercer, 2006; Thompson, et al., 1995).

#### **Hipótese c)**

*O programa ASAS promove o aumento dos níveis de competência assertiva, enquanto medidos pela ECI.*

Os resultados obtidos indicam que no momento de **pós-intervenção** 60% da amostra demonstrou recuperação na medida completa de desconforto da ECI e 40% da amostra mostrou recuperação na medida completa de frequência de comportamento da mesma escala. Verificamos inconsistência nas dimensões em que é demonstrada recuperação em uma e outra dimensão. Os resultados obtidos com o critério de melhoria clínica fiável apontam, no entanto, para melhores resultados para a escala de frequência de comportamento, onde 50% dos sujeitos manifestaram melhoria, do que para a escala de desconforto ou tensão, onde apenas 33.3% manifestaram melhoria. As áreas de melhoria prendem-se directamente com as áreas de maiores dificuldades relatadas pelos alunos na entrevista de selecção: assertividade negativa e tomada de iniciativa.

A melhoria mais evidente no aumento do comportamento assertivo do que na diminuição do desconforto em situações interpessoais assertivas pode estar mascarada pelas características dos diferentes sujeitos. Tal como em trabalhos anteriores de treino assertivo em contexto escolar (Bjistra & Jackson, 1998), apenas os sujeitos que experienciam elevados níveis de ansiedade e baixos níveis de desconforto revelam uma diminuição significativa da ansiedade sentida, o mesmo não se verificando para sujeitos com baixa ansiedade e baixo nível de comportamento assertivo. Os sujeitos integrados no programa ASAS incluem estas duas conjugações das dimensões afectiva e comportamental de assertividade, pelo que seria expectável que alguns manifestassem melhoria e outros não.

Estes resultados voltam a remeter para a inconsistência entre medidas comportamentais e afectivas (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990), nas quais foram obtidos índices contraditórios em função dos critérios considerados. Considerando que a assertividade tem vindo a ser definida de forma muito mais consistente com um atributo comportamental (Vagos & Pereira, 2009b), poderemos basear-nos nesse critério para afirmar que o programa ASAS promoveu o aumento dos níveis de competência assertiva, em 50% da amostra. Estes resultados são superiores aos encontrados por Spence e colaboradores (2000) ao intervir com adolescentes com ansiedade social por recurso a treino de competências sociais.

#### **Hipótese d)**

*O programa ASAS promove o aumento dos níveis de crenças sociais positivas, enquanto medidas pelo QEIA.*

Os resultados obtidos indicam que no momento de **pós-intervenção** três sujeitos, ou seja, 50% da amostra demonstram recuperação na medida completa do QEIA. A aptidão pessoal afectiva foi a dimensão onde o impacto foi mais notório. Os resultados obtidos com o critério de melhoria reflectem a mesma taxa de melhoria (50%) e acrescem à área de maior impacto a gestão interpessoal. Estes resultados confirmam o impacto positivo esperado do programa ASAS sobre a promoção de crenças sociais positivas

Considerando que a auto-estima e auto-eficácia surgem fortemente associadas à assertividade (Castanyer, 2005; Martins, 2005; Park & Yang, 2006), bem como a capacidade de aceitar e gerir a igualdade de direitos na relação (Alberti & Emmons, 1990; Martins, 2005; Vagos, 2006), estes resultados são promissores em relação ao desenvolvimento futuro de factores cognitivos necessários e propícios à prática assertiva (Duckworth & Mercer, 2006).

### ***7.7.2.3 Avaliação do programa ASAS no momento pós-intervenção.***

Os resultados obtidos e apresentados até aqui indicam que no momento de **pós-intervenção**, o programa ASAS promoveu a diminuição dos níveis de ansiedade social e o aumento das competências assertivas, junto a entre 50% a 66.7% da amostra. Cumpriu, assim, o objectivo que norteou a sua construção e aplicação. Estas taxas de resposta são semelhantes às obtidas com outros programas de intervenção na ansiedade social na adolescência (Albano, et al., 1995; Kendall, 1994; Kendall, et al., 1997; Masia-Warner, et al., 2007; Masia-Warner, et al., 2005; Masia, et al., 2001; Rodríguez, et al., 2005). Estes dados são corroborados pela percepção de observadores significativos na vida quotidiana do sujeito, já que os índices de validade social foram, também, positivos para todos os sujeitos. Os observadores notaram que as dificuldades sociais dos sujeitos em intervenção em contexto real haviam diminuído do momento pré ao momento pós-intervenção.

Em particular, este trabalho deverá ser comparado com o trabalho piloto que avaliou o programa SASS, que serviu de base ao programa ASAS. Este trabalho baseou-se também numa amostra de 6 adolescentes. Os resultados obtidos indicam que metade desta amostra não apresentou critérios de diagnóstico no momento pós-intervenção, o que se assemelha ao critério de recuperação, ou seja de aproximação à amostra normal. No que se refere a questionários de auto-relato, não foi verificada diminuição significativa de sintomas (Masia, et al., 2001). Assim, os resultados obtidos neste trabalho superam os deste estudo piloto, não apenas pela aproximação à amostra normal de pelo menos metade da amostra, mas também pela melhoria verificada em instrumentos de auto-relato, que expressam a auto-consciência do sujeito acerca das próprias dificuldades.

O presente trabalho confirma a validade e utilidade de técnicas psicoterapêuticas clínicas em contextos comunitários, seguindo o caminho traçado para a disseminação e acreditação de intervenções terapêuticas efectivas definido por Barlow e Hoffman (1997). Os tratamentos até aqui apenas empiricamente validados em contexto de investigação podem ser transportados/ transferidos para contextos naturais de aplicação da psicologia, de preferência após um diagnóstico cuidado e supervisão frequente e mantida por parte dos terapeutas (Lincoln, 2003), tal como já foi comprovado nos E.U.A com os trabalhos de Masia e colaboradores (Masia-Warner, et al., 2007; Masia-Warner, et al., 2005; Masia, et al., 2001) e em Espanha com o trabalho de Rodríguez e colaboradores (2005).



#### **7.7.2.4 Avaliação do programa ASAS no follow-up.**

##### **Hipótese e)**

*Os ganhos obtidos com o programa ASAS serão mantidos no momento de follow-up.*

Para a variável de ansiedade social, no momento de *follow-up*, e de acordo com o critério de recuperação, a taxa de recuperação foi mantida para a dimensão evitamento (50%), mas não para a dimensão de ansiedade, em que apenas 33.3% dos sujeitos mantêm a recuperação alcançada. Com o critério de melhoria, verificamos que 50% e 66.7% dos sujeitos manifestaram índices de melhoria para as escalas de ansiedade e evitamento, respectivamente, representando uma ligeira diminuição no primeiro caso e um ligeiro aumento no segundo. Não verificamos concordância ao nível dos contextos sociais onde se manifesta recuperação e melhoria, para as dimensões de ansiedade e evitamento. Relativamente à EPCS, apenas dois sujeitos (33.3%) manifestam recuperação na medida completa, enquanto 50% manifesta melhoria. A recuperação e melhoria foram notórias na escala de pensamentos de desconforto na interacção social.

Para a variável de assertividade, os resultados indicam que os ganhos relativos à dimensão de desconforto e tensão da ECI não foram mantidos (33.3% dos sujeitos recuperaram e 16.7% melhoraram) mas foram aumentados para a dimensão de frequência de comportamento (50% dos sujeitos recuperaram e 83.3% melhoraram). Os ganhos são mais evidentes para as áreas de assertividade negativa e de iniciativa. No que concerne ao QEIA, verificámos que 83.3% dos sujeitos apresenta recuperação mas apenas 33.3% dos sujeitos manifestam melhoria, sobressaindo as dimensões de aptidão pessoal funcional e afectiva.

Relativamente ao **momento de follow-up**, que indica a manutenção dos ganhos na ausência do apoio do terapeuta, os resultados são inconsistentes, embora possamos afirmar que 66.7% da amostra apresenta ganhos mantidos ou aumentados no momento de *follow-up*. Estes resultados são ligeiramente inferiores aos obtidos com outros trabalhos de intervenção na ansiedade social (Albano, et al., 1995; Kendall, 1994; Kendall, et al., 1997; Masia-Warner, et al., 2007; Masia-Warner, et al., 2005), onde as taxas de ganhos são usualmente aumentadas. Vários factores podem ter contribuído para estes resultados, devendo ser considerados como variáveis parasitas a controlar futuramente. Um desses factores prende-se com o facto de que o momento de avaliação de *follow-up* coincidiu com o momento de férias escolares (Julho de 2009 para o ensaio clínico I e Julho de 2010 para o ensaio clínico II). Os contextos e oportunidades de socialização neste período do ano são reduzidos, principalmente para aqueles adolescentes cujas famílias são isoladas ou superprotectoras, pelo que os resultados podem reflectir uma fase de menor socialização e, consequentemente,

de menor prática assertiva e de gestão de ansiedade. Tal é especialmente evidente na diminuição verificada de pensamentos de desconforto relativamente ao desempenho público, que, fora do contexto escolar, terão muito menor probabilidade de ser situacionalmente activados.

Por outro lado, este programa negligenciou a realização de sessões de reforço após a conclusão do programa, por se ter iniciado o período de avaliação final do ano lectivo e/ou o ano lectivo. A importância de sessões específicas para sustentar e generalizar os ganhos terapêuticos é salientada junto a sujeitos com maior prejuízo no seu funcionamento diário e ansiedade social generalizada (Lincoln, 2003), pelo que esta negligência pode ter contribuído para a perda de alguns ganhos, principalmente notórios no sujeito 1, do momento de pós-intervenção ao momento de *follow-up*.

Os resultados aqui relatados são reflexo do progresso de **seis sujeitos individuais**, com dificuldades, trajectórias e contextos diferenciados. Factores que tenham condicionado a resposta terapêutica de um destes sujeitos têm impacto na avaliação final que possamos fazer da eficácia do programa ASAS, e por isso devem ser considerados. Notório é o caso do sujeito 3, que manifestou deterioração de sintomas em ambos os momentos de avaliação comparativa, nos índices de recuperação e melhoria.

Vários factores podem ter condicionado esta resposta, nomeadamente a co-morbidade inicialmente diagnosticada e a falta de apoio parental ao desenvolvimento e desempenho social do aluno. Trabalhos anteriores comprovam que a co-morbidade, em especial com depressão, pode associar-se a menor melhoria no pós-tratamento, bem como dinâmicas familiares disfuncionais, ao nível da resolução de problemas e comunicação e o não envolvimento parental na intervenção (Hayward et al., 2000; C. A. Kearney, 2005; Lincoln, 2003). Resultados semelhantes foram encontrados com adolescentes portugueses, em que relações familiares inseguras, sem confiança, comunicação e caracterizadas por alienação emocional e isolamento se associam ao desenvolvimento de ansiedade social (Cunha, et al., 2007). Esta dinâmica familiar é característica do sujeito que menos beneficiou deste programa, segundo a descrição do próprio e como ficou notório pela não participação ou apoio dos pais ao longo do programa. Igualmente, esta aluna manifestou dificuldades acrescidas ligadas à presença constante de pensamentos sociais negativos e à dificuldade inerente ao seu desenvolvimento adolescente de praticar a estratégia de intervenção que permitiria a sua identificação e modificação. Por fim, esta aluna teve a taxa mais baixa de assiduidade ao programa, o que poderá ter influído nas aprendizagens e usufruto que tenha obtido com a sua participação.

O presente trabalho classifica o programa ASAS como um estudo de intervenção baseada em evidências de tipo 3 (Nathan & Gorman, 2007), em que foi realizada um ensaio

clínico que pretendeu obter data preliminar acerca da eficácia e eficiência deste programa, indicando ser necessário e pertinente prosseguir com um design mais rigoroso de avaliação.

Esta pertinência é justificada pelos resultados obtidos terem cumprimento o critério 3 da *Division 12 Task Force on Psychological Interventions Reports*, considerado por Silverman e Hinshaw (2008), que refere como necessário para justificar a investigação continuada num programa de intervenção a existência de pelo menos um bom estudo que mostra que a intervenção é eficaz na ausência de evidencia conflituosa. Ou seja, é necessário que a análise da eficácia do programa confirme que ele é equivalente a tratamentos estabelecidos (mas não a outras condições experimentais), que a condição experimental foi conduzida com tratamentos manualizados/ estandardizados, e que as características dos sujeitos são claramente especificadas (Ollendick & King, 2004). Todos estes aspectos foram considerados, já que os resultados obtidos com este programa são semelhantes aos resultados obtidos com outros programas de intervenção na ansiedade social, a fidelidade de tratamento foi estabelecida e relatada, as condições e características de selecção dos alunos em intervenção são claramente descritas. Tudo isto permite caracterizar o programa ASAS como um **tratamento provavelmente eficaz**, de acordo com a classificação de Ollendick e King (2004).

As intervenções provavelmente eficazes poderão tornar-se bem-estabelecidas (*well-established treatments*) ao longo do tempo e de trabalhos futuros que permitam avaliar a sua eficácia em relação a outras condições experimentais (Ollendick & King, 2004), bem como o estudo acerca das variáveis mediadoras da eficácia de tratamento, ou seja, avaliar que componentes da intervenção têm efeito sobre os resultados (Silverman & Hinshaw, 2008). Está, portanto, traçado o caminho de investigações futuras em relação ao programa ASAS.

## Síntese de Capítulo

O desenvolvimento de programas de intervenção é apenas útil à psicologia se os seus procedimentos provarem ter eficácia terapêutica, ou seja, contribuírem para o bem-estar e saúde mental dos sujeitos em intervenção. Neste sentido, este estudo procurou avaliar os procedimentos e eficácia terapêutica do programa de intervenção preventiva construído para a promoção da gestão da ansiedade social e prática de competências assertivas, denominado Aptidões para o Sucesso Académico e Social (ASAS).

Este programa foi implementado em dois ensaios clínicos, junto a seis adolescentes, previamente seleccionados pelo nível de ansiedade social e défice assertivo manifesto perante terceiros e auto-relatado. Para avaliar a influência do programa sobre estas variáveis, foi pedido a estes adolescentes que preenchessem instrumentos de auto-resposta de avaliação de ansiedade social e assertividade antes do início da intervenção, no momento de finalização da intervenção e três meses após esta finalização.

O programa decorreu sempre em contexto escolar e conforme o cronograma previsto. Foram realizadas as doze sessões de intervenção em grupo, as duas sessões individuais, os dois encontros com pais e os quatro eventos sociais. Não foram realizados os encontros com professores, por indisponibilidade dos mesmos. De facto, o apoio institucional à implementação de programas de intervenção comunitários pode ser uma dificuldade acrescida. No que se refere às sessões de intervenção em grupo, apenas fomos confrontados com problemas iniciais de assiduidade dos sujeitos no primeiro ensaio clínico, que foram facilmente superadas pela instituição de um sistema de *prompting* e de reforço pela adesão às sessões e à realização das tarefas de casa propostas. As sessões individuais e os encontros com pais permitirão identificar dinâmicas familiares potencialmente prejudiciais ao decorrer do programa (e.g. superprotecção, autoritarismo, rejeição emocional, isolamento social), que foram abordadas ao nível das crenças cognitivas disfuncionais manifestas por cada sujeito e da promoção de estratégias facilitadoras do desempenho social pelas famílias.

As alterações decorridas desde o momento de pré-intervenção ao momento de pós-intervenção e *follow-up* a 3 meses foram avaliadas em função, por um lado, da aproximação dos resultados obtidos por cada sujeito à média esperada para a população normal e, por outro, da mudança individual significativa alcançada por cada sujeito. Os resultados obtidos permitem concluir pela eficácia terapêutica do programa junto a pelo menos quatro sujeitos em intervenção, que manifestaram diminuição significativa dos níveis de ansiedade social e aumento significativo dos níveis de assertividade do momento pré ao momento pós-intervenção. Esta mudança terapêutica foi notada e relatada tanto pelo próprio adolescente como por outros significativos, como os pais, pares, e o co-terapeuta. Estes dados são semelhantes a trabalhos anteriores com avaliações iniciais de programas de intervenção

similares e em amostras idênticas. Assim, confirmam a eficácia preliminar do programa ASAS, na promoção da gestão da ansiedade social e da prática de competências assertivas.

Os ganhos obtidos no momento de pós-intervenção, e em comparação com o momento de pré-avaliação, foram mantidos para pelo menos três sujeitos em intervenção no momento de *follow-up* a 3 meses. Esta última avaliação ocorreu já no período de férias lectivas, o que significa menores oportunidades de socialização e que poderá estar associado ao nível mais baixo relatado de prática assertiva, mas também de pensamentos sociais negativos em eventos sociais, relatados por alguns dos sujeitos.

Os resultados relatados acima reflectem o desempenho de 6 sujeitos individuais, cujas trajetórias e contextos individuais não podem ser descurados. Em particular, será de referir um sujeito que mostrou deterioração terapêutica do momento pré ao momento pós-intervenção e apenas uma ligeira melhoria no momento de *follow-up*. Será de referir que este sujeito obteve o índice mais baixo de assiduidade ao programa, apresentava co-morbilidade com sintomas depressivos intensos, e provinha de uma família emocionalmente distante e por vezes rejeitante, que nunca compareceu ou mostrou interesse no programa. Assim, estes factores deverão ser cuidadosamente considerados futuramente, no sentido de otimizar a resposta terapêutica que poderá ser obtida com o programa ASAS junto também a este tipo de sujeitos com problemáticas e antecedentes mais complexos, mas que representam a maioria dos sujeitos reais em intervenção psicológica.

O trabalho realizado até aqui permite classificar o programa ASAS como provavelmente eficaz, baseado em evidências obtidas nesse sentido. Torna-se agora necessário aprofundar e aprimorar a análise da eficácia terapêutica provável deste programa.

---

## **CAPÍTULO 8: CONCLUSÃO INTEGRATIVA E IMPLICAÇÕES**

---

## **Capítulo 8: Conclusão integrativa e implicações**

### **8.1 Conclusões Gerais**

A presente investigação contribuiu para aliar a investigação orientada para a compreensão do fenómeno com a validação de práticas clínicas eficazes, respondendo, assim, a uma necessidade de investigação que se fazia sentir no nosso país (Cunha, 2005). Apenas a construção e investigação de modelos de compreensão cognitivo-comportamental da patologia, especificamente na adolescência, pode originar protocolos de intervenção cognitivo-comportamentais devidamente fundamentados e adequados ao nível desenvolvimental (Sauter, et al., 2009). Tal premissa conduziu esta investigação.

O trabalho ora apresentado consistiu em três estudos, pelos quais i) preparámos materiais para a recolha de dados e para a intervenção, ii) realizámos a recolha e análise de dados quantitativos para caracterização de uma amostra alargada de adolescentes portugueses do distrito de Aveiro, no que se refere aos níveis de ansiedade social e assertividade e às associações esperadas entre estas variáveis, e iii) implementámos e avaliámos a eficácia terapêutica de um programa de intervenção para promoção de competências assertivas e de gestão de ansiedade social. Impõe-se agora referir os contributos de cada um destes estudos.

#### **8.1.1 Estudo Um - Trabalhos Preliminares**

Os resultados de uma investigação serão apenas tão credíveis quanto o forem os instrumentos utilizados para recolher os dados em análise (A.P.A., 1999). Assim, antes de proceder à recolha de dados para responder às questões de investigação propriamente ditas, foi necessário garantir a qualidade psicométrica dos instrumentos de recolha dos dados. Este trabalho utilizou quatro instrumentos de avaliação, de forma a serem medidas as componentes cognitivas, emocionais e comportamentais referentes às duas variáveis primárias em análise: ansiedade social e assertividade.

A **Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA)** pretende avaliar a dimensão afectiva e comportamental de ansiedade social, em referência a 6 cenários e tipos de interacção social típicos da adolescência: interacção com o sexo oposto, interacção assertiva, observação por outros, interacção em situações sociais novas, desempenho em situações sociais formais e comer e beber em público. Este instrumento foi construído para o contexto português e a sua adequabilidade psicométrica havia sido comprovada numa amostra adolescente alargada (Cunha, Gouveia, et al., 2008; Cunha, Gouveia, Salvador, et al., 2004), o que fundamentou a sua escolha para utilização no

presente trabalho. O trabalho preliminar com este instrumento contribuiu para a confirmação da sua adequabilidade psicométrica numa população adolescente tardia, no que se refere à sua estrutura e consistência interna.

A **Escala de Pensamentos e Crenças Sociais (EPCS)** pretende avaliar a presença de pensamentos negativos típicos de ansiedade social. Foi seleccionada pela qualidade psicométrica da sua versão original, atestada por trabalhos publicados a nível internacional, em amostras adultas clínicas (Turner, et al., 2003) e não clínicas (Dogan, 2010; Fergus, et al., 2009). Esta escala foi sujeita a um cuidadoso processo de tradução e adaptação, cuja avaliação decorreu pelos métodos de tradução e retroversão (Hambleton, et al., 2005; Sireci, et al., 2006). A versão portuguesa deste instrumento mostrou uma estrutura interna composta por dois factores, por método de análise factorial exploratória: desconforto na interacção social e desconforto no desempenho público. Igualmente, mostrou índices adequados de consistência interna e de validade de constructo.

A **Escala de Comportamento Interpessoal (ECI)** propõe-se avaliar as dimensões emocional e comportamental de assertividade. Foi seleccionada por a sua versão original ter por base uma definição actualizada e alargada do conceito de assertividade e por ter dado provas da sua qualidade psicométrica, em vários países e junto a diferentes populações, nomeadamente adolescentes (Arrindell, et al., 2001; Engels, et al., 2002; Sarkova, et al., 2005). A construção da versão portuguesa deste instrumento passou por um cuidadoso processo de tradução e adaptação, cuja avaliação decorreu pelos métodos de tradução e retroversão (Hambleton, et al., 2005; Sireci, et al., 2006). Foi necessário proceder a algumas adaptações, principalmente no que se refere às instruções de preenchimento. A versão completa deste instrumento provou a sua qualidade psicométrica, mas trata-se de um instrumento muito longo, com prejuízo na investigação com protocolos constituídos por vários instrumentos. Por isso, foi proposta uma versão reduzida deste instrumento, que pretende versar os mesmos conteúdos, a saber assertividade negativa, expressão e gestão de limitações pessoais, assertividade de iniciativa e assertividade positiva (Arrindell, et al., 2002). Os resultados obtidos com esta versão reduzida mostraram adequabilidade psicométrica, no que respeita a estrutura e consistência interna e validade de constructo. Por questões de parcimónia e para facilitar o preenchimento de vários instrumentos de medida em simultâneo por adolescentes, esta investigação utilizou a versão reduzida da escala.

O **Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo (QEIA)** foi construído de raiz como parte deste trabalho, para poder avaliar a estrutura cognitiva associada à assertividade, de acordo com uma perspectiva actualizada do conceito. Abrange quatro dimensões cognitivas de assertividade: apoio emocional externo, aptidão pessoal afectiva, gestão interpessoal e aptidão pessoal funcional. O trabalho de análise psicométrica comprovou a sua qualidade, no que concerne à sua estrutura interna, por análise factorial exploratória e confirmatória, consistência interna, validade de conteúdo e validade de constructo.



Assim, o primeiro contributo deste trabalho consistiu na disponibilização de três instrumentos de medida para a realidade portuguesa, especialmente preparados para avaliar uma população adolescente. O contexto de avaliação psicológica em Portugal poderá usufruir destes novos instrumentos, os quais permitirão um maior conhecimento e acessibilidade ao estudo destas variáveis. A sua pertinência tem sido comprovada, pelos contactos estabelecidos por diversos investigadores nacionais a solicitar autorização para utilização dos instrumentos, cujo processo de preparação e análise psicométrica que foram parte integrante deste trabalho, tem vindo a ser publicada a nível nacional e internacional. Outro contributo da disponibilização destes instrumentos passa pela possibilidade de facilmente serem realizados estudos multi-culturais, recorrendo ao mesmo instrumento adaptado para diferentes contextos linguísticos e culturais.

A prática de intervenções psicológicas baseadas em evidências que comprovem a sua eficácia representa o futuro da psicologia enquanto ciência. É necessário construir protocolos de intervenção estruturados e teoricamente fundamentados, cuja avaliação possa constituir conhecimento científico sobre o qual alicerçar e disseminar a prática psicológica (Mischel, 2000). Tendo por base este princípio, foi necessário construir um protocolo de intervenção preventiva na promoção de competências assertivas e de gestão de ansiedade, aplicável ao contexto escolar em Portugal, junto a adolescentes tardios.

O programa construído, denominado **Aptidões para o Sucesso Académico e Social** (ASAS) foi fundamentado numa perspectiva cognitivo-comportamental, que tem provado ser eficaz tanto na gestão de ansiedade social (Castillo, Recondob, Asbahrc, & Manfred, 2007; Fresco & Heimberg, 2001; Gil, et al., 2001), como no treino assertivo (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Duckworth & Mercer, 2006; Rakus, 1991). Assim, incluiu técnicas de psico-educação, instrução e modelagem de competências, reestruturação cognitiva, e exposição comportamental gradativa, com relaxamento, e em contexto de sessão e como tarefa de casa. Estas técnicas foram organizadas em sessões semanais de intervenção em grupo. Além disso, porque sabemos que as interações com pares e pais são importantes factores que contribuem para a etiologia, e, consequentemente, para a manutenção de dificuldades sociais na adolescência (Elizabeth, et al., 2004; Neal & Edelman, 2003; Rapee & Spence, 2004), o programa prevê a realização de encontros com pais, encontros com professores e eventos sociais com a participação de alunos pares colaboradores da intervenção, para tornar todos estes agentes em ferramentas de apoio e suporte social aos sujeitos em intervenção.

Esta estrutura do programa foi adaptada do programa *Skills for Social and Academic Success* (Masia, et al., 1999), um programa de intervenção em contexto escolar que tem dado provas de eficácia terapêutica (Masia-Warner, et al., 2007; Masia-Warner, et al., 2005; Masia, et al., 2001). Embora este programa incluía treino de competências sociais, este aspecto foi aprimorado no programa ASAS. As quatro áreas assertivas postuladas pelo modelo de Arrindell e colaboradores (1988) foram treinadas de forma específica e sistemática, tendo em

consideração as técnicas e cuidados a ter para um programa de treino assertivo eficaz (Duckworth & Mercer, 2006; Ruben & Ruben, 1989)

Por fim, porque reconhecemos a ansiedade social e défice assertivo como fundados em estruturas cognitivas de base, estáveis (Bruch, et al., 1988; Clark & McManus, 2002; Cunha, 1996; Pinto-Gouveia, et al., 2006; Vagos & Pereira, 2007b) e difíceis de mudar (James & Barton, 2004), foi construído e disponibilizado a cada aluno um Livro do Aluno. Este livro, semelhante ao *workbook* que faz parte do CGBT-A (Albano & DiBartolo, 2007b), permite a cada aluno obter um registo escrito do seu progresso e aprendizagens no programa, que poderá servir de evidência contraditória às crenças sociais negativas que interferem com o seu bem-estar e desempenho social.

A realidade da intervenção na ansiedade social e assertividade em Portugal é pouco produtiva. À excepção do programa de intervenção na ansiedade social desenvolvido e avaliado como eficaz numa amostra adolescente clínica (Salvador, 2010) divulgado após a construção e implementação do programa ASAS, não temos conhecimento de qualquer programa de intervenção manualizado e estruturado para a promoção de competências assertivas e de gestão de ansiedade social na adolescência. Assim, a disponibilização deste programa representa um contributo importante para a promoção do desempenho social do adolescente, condicionado à avaliação da sua eficácia terapêutica.

### 8.1.2 Estudo Dois - Compreensão do Desempenho Social na Adolescência

Este estudo teve como objectivo i) a caracterização da amostra em função dos níveis de ansiedade social e assertividade, a nível sócio-demográfico e de sintomatologia, ii) identificar as associações entre estas variáveis, e iii) testar, por recurso a modelos de equações estruturais, a aplicação do modelo cognitivo à ansiedade social, à assertividade, e ao desempenho social do adolescente, constituído por baixos níveis de ansiedade social e altos níveis de assertividade.

De uma forma geral, os resultados obtidos permitem confirmar os resultados esperados, no que se refere à **caracterização sócio-demográfica da amostra em função dos níveis de ansiedade social e assertividade**. Este resultados esperados foram fundamentados em estudos nacionais (Cunha, 1996, 2005) e internacionais no caso da ansiedade social (Beidel, et al., 2007; Essau, et al., 1999), sendo que a caracterização desta dificuldade na adolescência tem sido amplamente trabalhada. Pelo contrário, no caso da assertividade, os resultados esperados foram fundamentados apenas em trabalhos internacionais (Arrindell, et al., 2001; Eskin, 2003). O presente trabalho é o único de que temos conhecimento que pretendeu realizar uma caracterização multidimensional e compreensiva das competências assertivas numa amostra portuguesa, especificamente adolescente.

O sexo feminino manifestou maiores níveis de ansiedade social e maiores níveis de comportamento assertivo. A importância dada pelas adolescentes do sexo feminino a relações de pares baseadas na intimidade, proximidade, partilha e apoio emocional na adolescência poderá associar-se a este facto (Berndt, 1996; Papalia, et al., 2001). Por um lado, para as adolescentes que conseguem estabelecer este tipo de relações, haverá maior treino e aprendizagem de competências sociais, nomeadamente assertivas; por outro, a importância colocada na construção de amizades poderá torná-las mais conscientes e preocupadas acerca da sua capacidade para o fazer. De facto, a qualidade das relações com pares parece ter mais influência no ajustamento emocional de raparigas do que rapazes adolescentes (Berndt, 1996).

Os resultados relativos à manifestação de ansiedade social em função da idade são contraditórios, apontando para a influência da idade sobre algumas dimensões associadas à ansiedade social, mas não sobre outras, o que já tinha sido verificado em trabalhos anteriores em Portugal (Cunha, 2005; Cunha, et al., 2007). Os alunos mais velhos, mas também os alunos do 10º ano de escolaridade parecem experienciar maiores níveis de ansiedade social, embora em contextos sociais diferenciados. Estes dados poderão estar associados a diferentes exigências desenvolvimentais e académicas com que os adolescentes se confrontam ao longo do tempo. No caso da assertividade, são os alunos mais velhos, nomeadamente os que frequentam o 12º ano, a serem mais assertivos. As maiores oportunidades de aprendizagem de competências sociais e de obtenção de reforços positivos pela sua prática poderá contribuir para maior confiança e auto-eficácia na prática assertiva, verificada quer em adolescentes mais velhos (Eskin, 2003), quer em sujeitos com maior nível educacional (Onyeizugbo, 2003).

Relativamente ao nível socioeconómico, os resultados obtidos confirmam serem os alunos de nível socioeconómico mais baixo a apresentarem maiores níveis de ansiedade social, tal como foi encontrado em trabalhos anteriores no nosso país (Cunha, 2005; Cunha, et al., 2007). Estes resultados podem fundar-se em diferentes práticas parentais enquanto factores etiológicos de ansiedade social, nomeadamente relações mais autoritárias e menos calorosas e afectivas, características de níveis socioeconómicos mais baixos (Bradley & Corwyn, 2002; Early & Eccles, 1995), que têm sido associadas à etiologia de ansiedade social (Kashdan & Herbert, 2001; Taylor & Alden, 2005). Pelo contrário, são os alunos de nível socioeconómico alto a apresentarem maior assertividade, onde os estilos parentais mais flexíveis, reforçadores da empatia e autonomia, surgem associados não apenas à aprendizagem e desenvolvimento de competências assertivas (Engels, et al., 2002), mas também a este nível socioeconómico (Bradley & Corwyn, 2002; Early & Eccles, 1995).

Os nossos resultados permitiram concluir que existe uma associação positiva entre o número de reprovações dos alunos e a experiência de ansiedade social, especificamente face a contextos sociais pertinentes ao desempenho escolar (por exemplo, responder a uma questão, ir ao quadro ou ler em voz alta perante a turma). De facto a ansiedade social tem sido associada a história de fracasso académico, pela sua manifestação em evitamento

comportamental, activação emocional e pensamentos negativos intrusivos (Levpuscek, 2004). Pelo contrário, são os alunos com menor número de reprovações a demonstrarem maior assertividade, o que confirma a associação de assertividade a interações mais positivas com pares e professores, interpretadas como reflexo de competências sociais e intelectuais (Fredriksen & Rhodes, 2004); a uma comunicação eficaz na sala de aula e consequente desempenho e satisfação académica (Frymier, 2005); e a maior motivação académica (Niebuhr & Niebuhr, 1999).

Uma análise pormenorizada dos resultados (apresentada no Capítulo 6, ponto 6.7) chama a atenção para a importância de considerar diferentes contextos sociais na activação e diferenciação de níveis de ansiedade social e de défice assertivo. A pertinência de determinantes situacionais na activação ansiosa já vinha sendo referida, principalmente na comparação entre situações de desempenho e situações de interacção, com maior interferência associada às segundas (Beazley, et al., 2001; Beidel, et al., 1985; Turner, et al., 1986). No caso de assertividade, a variedade de contextos aos quais vinha sendo associada (Alberti & Emmons, 1990; Arrindell, et al., 1988; Arrindell & van der Ende, 1985; Lorr & More, 1981) fazia prever esta diferenciação.

No que se refere à **compreensão da sintomatologia de ansiedade social e de assertividade**, tivemos em conta o modelo cognitivo (A. T. Beck, 1996; J. Beck, 1997), aplicado quer a uma quer a outra variável.

Os modelos cognitivos de ansiedade social têm postulado a activação integrada a nível cognitivo, emocional e comportamental na ansiedade social (Clark, 2001; Rapee & Heimberg, 1997). Os resultados obtidos vêm de encontro a este pressuposto, já que encontramos correlações entre todas as medidas de ansiedade social consideradas. Igualmente, e de acordo com os modelos cognitivos citados, os pensamentos automáticos negativos tiveram influência preditiva no nível de ansiedade e evitamento social verificado. Verificámos uma taxa de concordância de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais de 16%, indicando sujeitos em maior risco de desenvolver medos sociais patológicos. O sexo feminino é preponderante neste grupo, além de aumentarem os sujeitos com reprovações anteriores à medida que aumenta o número de situações ansiógenas, evitadas ou suscitadoras de pensamentos sociais negativos. Assim, os prejuízos funcionais, neste caso escolares, associados a níveis elevados de ansiedade social, são confirmados, a semelhança de trabalhos anteriores (D'el Rey, et al., 2006; Levpuscek, 2004; Velting & Albano, 2001).

No caso da assertividade, o fundamento cognitivo da resposta comportamental assertiva isenta de constrangimentos emocionais desadequados tem, igualmente, vindo a ser postulada pela literatura (Bruch, et al., 1988; Heimberg, et al., 1983; Schwartz & Gottman, 1976). Os resultados obtidos vêm de encontro a este pressuposto, já que encontramos

correlações entre todas as medidas de assertividade consideradas, embora baixas para as medidas emocionais e comportamentais. As medidas cognitivas mostraram poder preditivo sobre as medidas emocionais e comportamentais, embora baixo. A não consideração de uma medida de pensamentos automáticos, intermédia entre a estrutura cognitiva e a expressão emocional e comportamental (A. T. Beck, 1996; J. Beck, 1997) de assertividade poderá explicar este resultado. Apenas cerca de 10% da amostra apresenta coincidência de respostas cognitivas, comportamentais e emocionais assertivas acima da média. Por um lado, estes dados apontam para esta prática ser fortemente determinada por circunstâncias situacionais e desenvolvimentais e não apenas pela organização psicológica do indivíduo (Rakus, 1991); por outro, estes resultados questionam a coincidência de medidas cognitivas e emocionais com o tipo e eficiência de comportamento praticado (Como faço? O que faço?) e não com a frequência de comportamento praticado (Quantas vezes faço? Com que frequência faço?), que foi a medida considerada nesta análise.

A análise dos resultados relativos à **associação entre ansiedade social e assertividade** confirmam as hipóteses colocadas, que postulavam associações negativas entre medidas de ansiedade social e medidas de assertividade. As correlações foram especialmente fortes em medidas sobre a mesma dimensão do funcionamento psicológico, ou seja, entre as medidas de cognição de ansiedade social e assertividade, entre as medidas de afecto de ansiedade social e assertividade, e entre as medidas de comportamento de ansiedade social e assertividade. No entanto, neste último caso, as correlações nem sempre foram significativas, indicando que o agir e o não agir poderão representar diferentes pontos na dimensão de aproximação - evitamento (Neal & Edelman, 2003) e serem formas diferenciadas de resposta às dificuldades sociais avaliadas. A associação entre estas dificuldades, a saber, ansiedade social e défice de competências sociais, nomeadamente assertivas, tem sido manifesta na literatura (Bandeira, et al., 2005; Chambless, et al., 1982; Stipelman, 2005), especialmente na observação objectiva do desempenho social de sujeitos com ansiedade social. Os sujeitos que expressam maiores níveis de ansiedade social demonstram um desempenho social mais pobre, a nível do comportamento verbal e não verbal, auto e hetero-avaliado. O inverso é igualmente verdade (Beidel, et al., 2007; Smári, et al., 1998; Spence, et al., 1999).

A **aplicação do modelo cognitivo à ansiedade social**, pressuponha construir um modelo de equações estruturais que colocasse a EPCS como tendo influência positiva sobre as dimensões de ansiedade e evitamento social da EAESSA. Os resultados obtidos não atestam a qualidade de ajustamento deste modelo, o que pode ser explicado por dois aspectos essenciais, um referente às variáveis em estudo e outro referente à amostra em estudo. Relativamente às variáveis em estudo, por um lado não considerámos nesta análise uma variável referente a estruturas cognitivas, que deverá ser o ponto de partida do modelo cognitivo (A. T. Beck, 1996; J. Beck, 1997) e, por outro, considerámos uma medida de

evitamento comportamental e não de prática comportamental, nomeadamente de comportamentos de segurança, que tem sido a medida comportamental relatada nos modelos cognitivos de ansiedade social (Clark, 2001). No que concerne à amostra em estudo, trata-se de uma amostra adolescente, onde os medos sociais são típicos e normalmente transitórios (Silva, 2004), e não clínica, significando menos intensidade de sintomas e associações menos evidentes entre eles, o que não havia sido previamente investigado.

Por outro lado, este modelo cognitivo de ansiedade social poderá apenas ser aplicável à compreensão da ansiedade social generalizada, fundamentada em crenças centrais respeitantes a um leque vasto de situações e interações. Pelo contrário, a ansiedade social específica parece fundamentar-se em representações baseadas num único acontecimento traumático, pelo que a activação cognitiva subjacente será mais específica e possivelmente restringida a um leque particular de crenças e competências. Na amostra em estudo, cerca de um quinto da amostra apresentava ansiedade social provavelmente específica, enquanto cerca de 60% da amostra não apresentava índices de ansiedade social acima da média, o que poderá ter-se tornado manifesto na pobre qualidade de ajustamento do modelo cognitivo para ansiedade social.

**A aplicação do modelo cognitivo à assertividade**, pressuponha construir um modelo de equações estruturais que colocasse o QEIA como tendo influência negativa sobre o desconforto ou tensão ao ser assertivo e positiva sobre a frequência de comportamento assertivo praticada. Os resultados obtidos confirmam a qualidade de ajustamento deste modelo, confirmando a mediação cognitiva precocemente verificada na assertividade (Bruch, et al., 1988; Golden, 1981; Heimberg, et al., 1983; Robinson & Calhoun, 1984; Schwartz & Gottman, 1976). De facto, o adolescente com comportamento prossocial apresenta uma forma específica de processamento de informação social, caracterizada por uma perspectiva *a priori* positiva e optimista em relação à interacção e à resposta do parceiro de interacção (Nelson & Crick, 1999). Esta perspectiva positiva e optimista poderá corresponder ao esquema interpessoal assertivo. Os resultados indicam que a presença desta estrutura influi e explica a variância da resposta emocional e comportamental subsequente manifestada pelo sujeito.

**A aplicação do modelo cognitivo ao desempenho social** foi testada por aproximações sucessivas de conjugação entre medidas de ansiedade social e assertividade. Os resultados obtidos indicam que os modelos com melhor qualidade de ajustamento colocam o QEIA como ponto de partida, com influência negativa sobre a EPCS, que por sua vez influi de forma negativa sobre as medidas emocionais de ansiedade social e assertividade conjugadas, e sobre a medida de frequência de comportamento assertivo. A consideração da dimensão de evitamento social diminuiu sempre a qualidade do ajustamento dos modelos. O evitamento poderá não ser associado ao esquema interpessoal assertivo, por se associar a conteúdos

cognitivos diferentes, nomeadamente a representação negativa dos outros enquanto abusadores, e humilhantes, e a representação de si próprio enquanto diferente, isolado e indesejável (Pinto-Gouveia, et al., 2006).

O ajustamento dos modelos que consideraram a frequência de comportamento assertivo como medida comportamental confirma o ciclo interpessoal característico de ansiedade social. O indivíduo com ansiedade social apresenta-se como receoso, com pena de si próprio em eventos sociais. Demonstra défice de competências sociais e estranheza na situação social, não sendo assertivo. Esta postura leva a que suscite respostas negativas nos outros, que por sua vez confirmam as expectativas e os motivos para ter medo de eventos sociais (Alden & Taylor, 2004; Creed & Funder, 1998). Tal torna-se especialmente preocupante na adolescência, onde a rejeição se torna a resposta social mais frequente a esse tipo de comportamento social (Neal & Edelmann, 2003).

Os resultados deste estudo segundo permitem caracterizar e compreender as associações entre ansiedade social e assertividade na adolescência, como sustentadas numa estrutura cognitiva onde são reduzidas as representações positivas de si, dos outros e das relações interpessoais, que activam pensamentos sociais negativos, que por sua vez surgem como preditivos de ansiedade e desconforto em situações sociais, por um lado, e frequência de comportamento assertivo, por outro. Esta combinação perigosa de dificuldades a que o adolescente está especialmente vulnerável (Z. Del Prette & Del Prette, 1999; Landazabal, 2006; Silva, 2004), poderá trazer consequências negativas ao seu desenvolvimento psicossocial. Assim, urge identificar e intervir precocemente junto a adolescentes que possam manifestar dificuldades sociais caracterizadas por ansiedade social e défice de competências assertivas. Foi este o objectivo do estudo três deste trabalho.

### **8.1.3 Estudo Três - Promoção do Desempenho Social na Adolescência**

A validade e disseminação credível da prática psicológica depende da disponibilização de formas de intervenção devidamente avaliadas como eficazes, como relativamente isentas de custo, e como associadas a ganhos terapêuticos face a um problema e sujeitos claramente definidos (Mischel, 2000). Foi neste sentido que a ferramenta de intervenção construída, o programa de intervenção preventiva **Aptidões para o Sucesso Académico e Social (ASAS)** foi implementado e avaliado. Trata-se de uma forma de intervenção preventiva, que pretende minimizar a probabilidade de ocorrência de défices interpessoais generalizados, rígidos e psicopatológicos (Murta, 2005) e evitar que, face ao risco social existente, se verifique deterioração de competências e desempenho social, como já foi verificado com crianças (Baldivieso, 2006).

A implementação do programa ASAS decorreu junto a seis alunos do ensino secundário, em dois ensaios clínico, realizados ao longo de dois anos lectivos. Os alunos em intervenção foram seleccionados com base numa entrevista estruturada, tendo sido definidos como critérios de inclusão a presença de sintomas de ansiedade social e/ou défice de competências assertivas manifesto em comportamentos social, com nível de severidade ligeira ou média, representando um grupo não clínico mas em risco do desenvolvimento de psicopatologia (Greco & Morris, 2001). Estes critérios vêm de encontro ao modelo teórico e compreensivo definido no estudo segundo deste trabalho, que postula a associação de ansiedade social e assertividade, e sua possível explicação segundo mecanismos psicológicos comuns, que podem, portanto, ser abordados de forma conjugada e integrada.

Para garantir a validade da avaliação de eficácia de um programa de intervenção, é necessário garantir que se sabe o que se está a avaliar. Tal é garantido pela **adesão ao protocolo de intervenção**, no que se refere a actividades e procedimentos previstos, garantindo a condição experimental em análise e as estratégias e procedimentos em avaliação (Kendall & Flannery-Schroeder, 1998; Wilson, 1996). Neste caso, foram realizadas, com sucesso e de acordo com o protocolo, as sessões de intervenção em grupo, as sessões individuais, os encontros com pais e os eventos sociais. No entanto, será importante ressaltar algumas dificuldades à implementação das **sessões de intervenção em grupo**, referentes ao apoio da instituição, à assiduidade às sessões e adesão às tarefas de casa, e à aplicação de técnicas cognitivas.

Atendendo à sobrecarga dos professores, em especial no contexto sociopolítico que se vivia na altura, com a revisão da carreira docente, os professores dos alunos em intervenção não se mostraram disponíveis para participar nos encontros que estavam programados. Outra dificuldade relativa à implementação deste programa foi o estabelecimento de uma sala fixa para a realização das sessões. Estas dificuldades ao nível do apoio institucional são comuns em intervenção comunitária (Rishel, 2007), e principalmente quando os alvos são adolescentes ansiosos, que não representam um problema imediato para o pessoal escolar (Sauter, et al., 2009). Foi necessário tentar contornar esta situação, focando os recursos disponíveis (Rishel, 2007), que neste caso foram os auxiliares de acção educativa. Pelo contacto com eles, foi possível fixar a sala onde decorriam as sessões e mais facilmente localizar e contactar os alunos participantes na intervenção.

Os alunos integrados no ensaio clínico I demonstram dificuldade na assiduidade às sessões de intervenção em grupo e na adesão às tarefas de casa, na fase inicial da implementação do programa. O envolvimento na intervenção é um dos primeiros e mais difíceis passos no tratamento da ansiedade social na adolescência e infância (Beidel, 1998), pelo que procurámos aumentar estes comportamentos pela instituição de um sistema de reforço intermitente fixo (Gonçalves, 1999), pela dedicação de mais tempo à explicitação das tarefas de casa e previsão de obstáculos e formas de geri-los (Kazantzis & Lampropoulos,



2002), e pela definição de um sistema de *prompting* da tarefa de casa, utilizando meios “apropriados à adolescência” (mensagem escrita de telemóvel), como parte de uma intervenção sustentada nas características desenvolvimentais desta faixa etária (Sauter, et al., 2009). Deste modo foi aumentada a assiduidade às sessões e a adesão às tarefas de casa.

Verificámos que os adolescentes manifestaram dificuldade na aplicação de técnicas de reestruturação cognitiva. Por um lado, isto poderá reflectir a maior dificuldade em identificar pensamentos negativos (Alfano, et al., 2006); por outro, poderá prender-se com a não aquisição de competências cognitivas necessárias à realização desta técnica cognitiva complexa. Pelo contrário, os alunos socorreram-se da activação de frases ou questões de *coping* face às situações específicas que os incomodavam, o que caracteriza uma forma mais simples de aplicação de técnicas cognitivas (Sauter, et al., 2009). Cada aluno construiu e personalizou as próprias frases de resposta racional alternativa aos pensamentos negativos individuais identificados, o que permitiu que mais facilmente as recordasse, minimizando a interferência de cognições negativas ou não pertinentes, que facilmente ocorre quando é solicitado ao sujeito que tente activar determinado pensamento (Tormala, et al., 2007).

Os **eventos sociais** foram considerados pelos alunos em intervenção uma mais-valia, confirmando a pertinência dos alunos par como modelos e elos de apoio (Visser, 2004), especialmente na adolescência (Sauter, et al., 2009). Os **encontros com pais** objectivaram torná-los num apoio activo e pertinente junto às dificuldades sociais do seu filho adolescente (Beidel, 1998), o que nem sempre foi possível face às dinâmicas familiares com que nos confrontámos. Superprotecção, distância emocional, rejeição, isolamento social, foram alguns dos factores identificados, que têm sido associados a inibição do comportamento assertivo e pior desempenho em sujeitos com ansiedade social (Rakus, 1991; Taylor & Alden, 2006).

A aplicação deste protocolo, pese embora as dificuldades inerentes a este processo, bem como aquelas com que fomos tendo de aprender a conviver e gerir, teve um impacto positivo na diminuição de sintomas de ansiedade social e aumento de competências assertivas no **momento de pós-intervenção**, confirmando os objectivos e expectativas que fundamentaram a sua construção e implementação.

No que se refere aos **sintomas de ansiedade social**, verificámos que entre 50 a 67% da amostra demonstrou redução significativa de sintomas, tanto em comparação com a média da amostra normal como em comparação com a própria média individual antes da intervenção. As áreas específicas em que verificámos maior impacto na redução de sintomas cognitivos e emocionais de ansiedade social prendem-se com situações de interacção, reforçando a pertinência do treino em competências sociais no tratamento de perturbações emocionais, de que é exemplo a ansiedade social (Spence, 2003). Igualmente, se considerarmos que o objectivo último da intervenção na ansiedade social é ajudar a

estabelecer reacções construtivas e reforçadoras que quebrem o ciclo interpessoal negativo característico de ansiedade social (Alden & Taylor, 2004), as áreas em que a recuperação e melhoria foi notória é um dado promissor na promoção do desempenho social a longo prazo dos adolescentes participantes. No que se refere aos sintomas comportamentais, verificámos diminuição do evitamento em contextos mais relacionados ao desempenho público e académico, indicando que este impacto poderá dever-se mais a variáveis parasitas, como o normal desenrolar do ano lectivo, do que às técnicas aplicadas no programa ASAS.

Relativamente ao **aumento dos níveis de assertividade**, os resultados indicam que entre 40 a 60% da amostra beneficiou da participação no programa ASAS, notórias na maior prática de comportamentos referentes à assertividade negativa e de iniciativa, áreas directamente trabalhadas no programa. Igualmente, verificámos que os alunos se identificaram como mais aptos a nível afectivo e de gestão interpessoal. Considerando que a auto-estima e auto-eficácia surge fortemente associada à assertividade (Castanyer, 2005; Martins, 2005; Park & Yang, 2006), bem como a capacidade de aceitar e gerir a igualdade de direitos na relação (Alberti & Emmons, 1990; Martins, 2005; Vagos, 2006), estes resultados são promissores em relação ao desenvolvimento futuro dos factores cognitivos necessários e propícios à prática assertiva (Duckworth & Mercer, 2006).

Os resultados revistos acima indicam taxas de resposta positiva ao programa ASAS semelhantes às obtidas com outros programas de intervenção na ansiedade social na adolescência (Albano, et al., 1995; Kendall, 1994; Kendall, et al., 1997; Masia-Warner, et al., 2007; Masia-Warner, et al., 2005; Masia, et al., 2001; Rodríguez, et al., 2005). Estes dados são corroborados pela percepção de observadores significativos na vida quotidiana do sujeito, já que os índices de validade social foram, também, positivos para todos os sujeitos. Os observadores notaram que as dificuldades sociais dos sujeitos em intervenção haviam diminuído em contexto real, do momento pré ao momento pós-intervenção.

Porque o programa ASAS seguiu a implementação de técnicas cognitivo-comportamentais revistas como pertinentes quer para a intervenção na ansiedade social quer para o treino assertivo (Cf. Capítulo 1, ponto 1.7.1 e Capítulo 2, ponto 2.5.1), estes resultados confirmam a pertinência destas técnicas terapêuticas, não apenas na intervenção clínica, mas também em contextos comunitários, como sugerido por Barlow e Hofmann (1997), e como vinha sendo confirmado em outros trabalhos (Masia-Warner, et al., 2007; Masia-Warner, et al., 2005; Masia, et al., 2001; Rodríguez, et al., 2005).

Relativamente ao **momento de *follow-up***, que indica a manutenção dos ganhos na ausência do apoio do terapeuta, os resultados são inconsistentes, embora possamos afirmar que 66.7% da amostra apresenta ganhos mantidos ou aumentados neste momento de avaliação. Estes resultados representam um ligeiro decréscimo no que se refere aos sintomas emocionais de ansiedade social, já que apenas entre 33.3% e 50% da amostra manifesta

diminuição significativa de sintomas. Igualmente, a diminuição alcançada nos níveis de desconforto e tensão sentidos ao ser assertivo baixaram para 16.7% e 33.3%, dependendo do critério de avaliação. Pelo contrário, será de salientar que a frequência de comportamento assertivo foi aumentada, desde o momento de pré a pós-intervenção (50% e 83.3% dependendo do critério de avaliação) e que os ganhos obtidos ao nível da diminuição de evitamento e do esquema interpessoal assertivo foram mantidos, variando a taxa de resposta entre 50% e 67% no primeiro caso e entre 33.3% e 83.3% no segundo caso.

Estes resultados são ligeiramente inferiores aos obtidos com outros trabalhos de intervenção na ansiedade social, onde tende a haver um aumento constante de taxas de resposta (Albano, et al., 1995; Kendall, 1994; Kendall, et al., 1997; Masia-Warner, et al., 2007; Masia-Warner, et al., 2005). Vários factores podem ter contribuído para estes resultados, devendo ser considerados como variáveis parasitas a controlar futuramente. Um desses factores passará pelo momento de avaliação de *follow-up* ter coincidido com as férias escolares, quando os contextos e oportunidades de socialização são reduzidos, pelo que os resultados podem reflectir este factor circunstancial. Por outro lado, este programa considerou como facultativa a realização de sessões de reforço após a conclusão do programa, por se ter iniciado o período de avaliação final do ano lectivo e/ou o período de férias escolares, ainda que a importância destas sessões seja salientada para o sucesso terapêutico (Lincoln, 2003).

Os resultados aqui relatados são reflexo do progresso de **seis sujeitos individuais**, com dificuldades, trajetórias e contextos diferenciados. Factores que tenham condicionado a resposta terapêutica individual têm impacto na avaliação final que possamos fazer da eficácia do programa ASAS, e por isso devem ser considerados. Estes factores poderão prender-se com a co-morbilidade inicialmente diagnosticada e a falta de apoio parental ao desenvolvimento e desempenho social de alguns alunos, que são aspectos comprovadamente associados a menor melhoria no pós-tratamento (C. A. Kearney, 2005; Lincoln, 2003). Ao nível do progresso individual, poderemos ainda referir o perfil de mudança de cada sujeito, que foi de encontro ao que havia sido obtido por Salvador (2010). Os alunos com o maior nível de dificuldades e interferência quotidiana não foram aqueles a usufruir menos do programa, e terminá-lo com níveis igualmente mais altos de dificuldades e interferência. Pelo contrário, o maior nível de progresso e melhoria pareceu ser evidente nos sujeitos que inicialmente relatavam maiores dificuldades, indicando haver maior espaço que a melhoria fosse notória, na aproximação que se pretendia verificar à população normal. Pelo contrário, os sujeitos que iniciaram o programa com valores de dificuldades já muito próximos da população normal, tinham menos espaço ou oportunidades para que a sua melhoria fosse alargada e notória.

Os dados e processos relatados acima permitem concluir que este trabalho cumpriu o ciclo de **investigação em intervenção preventiva na comunidade** (Risher, 2007), ao satisfazer os seguintes passos: i) identificar o problema e sua intensidade/ interferência, e rever informação sobre factores protectores ou de risco, o que foi conseguido pela selecção criteriosa de sujeitos participantes em função do modelo teórico compreensivo construído no estudo segundo; ii) desenvolver, implementar e conduzir estudos pilotos e replicações da intervenção preventiva para averiguar a sua eficácia, o que foi conseguido pelos dois ensaios clínicos de implementação do programa ASAS, que comprovam a sua eficácia terapêutica; iii) implementar o programa na comunidade e conduzir avaliação contínua, cumprido porque o programa foi implementado em contexto escolar, e a sua aplicação foi avaliada ao longo do processo e no momento final. A aquisição e aperfeiçoamento de competências será preferível à remediação de problemas, pelo que os esforços de desenvolver estratégias preventivas eficazes representam uma meta actual e pertinente (Greco & Morris, 2001). Resta cumprir a condução de outros trabalhos de larga escala para verificar a efectividade do programa ASAS, que será um passo futuro de investigação.

Será esta continuada investigação que permitirá transportar o programa ASAS da classificação como **tratamento provavelmente eficaz** (Ollendick & King, 2004), equivalente a outras formas de tratamento já estabelecidas, a uma classificação de intervenção bem-estabelecida. Tal como a maioria dos programas desenvolvidos a nível internacional junto à timidez e isolamento social, que são classificados como apoiados empiricamente (Greco & Morris, 2001), será necessário avaliar a eficácia do ASAS em relação a outras condições experimentais (Ollendick & King, 2004), bem como o destringer as variáveis mediadoras da eficácia de tratamento, ou seja, avaliar que componentes da intervenção têm efeito sobre os resultados (Silverman & Hinshaw, 2008).

## 8.2 Contributos e Implicações

O presente trabalho trouxe vários contributos e implicações à área da psicologia, em particular à psicologia clínica do adolescente.

Em **primeiro lugar**, este trabalho traz implicações para a área da avaliação psicológica em Portugal, parte inicial e essencial a uma intervenção fundamentada num conhecimento e diagnóstico preciso das dificuldades e necessidades do sujeito. Não só desenvolvemos um novo instrumento de avaliação de esquema interpessoal positivo, no âmbito da assertividade, como traduzimos e adaptamos dois instrumentos da cultura norte-americana, que poderão permitir-nos contactar, comparar e aperfeiçoar a nossa teoria e prática, em paralelo com aquele país. Por fim, contribuímos para a investigação continuada

sobre um instrumento de avaliação especificamente construído para os adolescentes portugueses.

Em **segundo lugar**, este trabalho conceptualizou um modelo compreensivo das dificuldades sociais do adolescente, com base nos pressupostos cognitivos do funcionamento psicológico, que poderá fundamentar a compreensão e intervenção com adolescentes na prática clínica, privada, laboratorial ou comunitária. Este modelo teórico reconhece e comprova que tanto a competência social como a activação emocional ansiosa, mais do que qualquer um destes aspectos de forma isolada, servem para afectar negativamente a resposta social e o reforço social com ela obtido (Hopko, et al., 2001). De facto, a diminuição de ansiedade por si só não parece associar-se a competência social aumentada (Stipelman, 2005), assim como o treino de competências sociais por si só não parece ter efeito na redução de ansiedade (Spence, 2003).

As associações encontradas neste trabalho entre ansiedade social e assertividade, de forma exploratória e confirmatória, vêm no sentido de trabalhos anteriores com populações universitárias, adultas ou clínicas (Arrindell, Sanderman, Hageman, et al., 1990; Bandeira, et al., 2005; Chambless, et al., 1982; Moore, et al., 2007). Poderemos, portanto, afirmar que estas dificuldades têm um início mais precoce, na adolescência, e poderão não entrar em remissão espontânea, como parece ser sustentado pela literatura (Furmark, 2002). Tal confirma e salienta a importância de as considerarmos de forma conjunta, no que poderão oferecer de funcional ou disfuncional ao desenvolvimento psicossocial do adolescente. A co-existência destas duas variáveis parece ser de natureza recíproca e mutuamente reforçadora. A existência de pobres competências sociais associa-se a piores resultados de interacção, constituindo um factor de risco para a ansiedade social, que por sua vez interfere no desenvolvimento ou prática adequada destas competências (Davila & Beck, 2002; Rapee & Spence, 2004; Segrin & Kinney, 1995).

A identificação de factores de compreensão e protecção face a este ciclo interpessoal negativo de ansiedade social será uma mais-valia, para permitir uma mais suave e produtiva transição adolescente. Sabemos que os medos sociais são uma experiência comum e característica da adolescência, que poderá tornar-se suficientemente intensa e crónica para se tornar numa psicopatologia (Beidel, 1998; Manfro, et al., 2003). As competências sociais, e em particular as assertivas, como parte integrante que são deste ciclo, poderão representar uma possibilidade de quebra e oposição à continuidade possivelmente patológica de medos sociais e relações sociais insatisfatórias, associando-se a menores indicadores de ansiedade social.

Ao apresentarmos um trabalho empírico de associação entre ansiedade social e assertividade na adolescência esperamos ter contribuído para uma maior compreensão do adolescente social, que fundamente melhores formas de o apoiar e acompanhar; ao

apresentarmos o primeiro trabalho no nosso país, de que tenhamos conhecimento, a explorar e caracterizar os níveis de assertividade numa amostra alargada da população, especificamente adolescente, esperamos ter contribuído para desmistificar o conceito de assertividade e incentivar a comunidade científica a debruçar-se sobre esta competência social, por tratar-se de uma competência fortemente associada ao bem-estar pessoal e social.

Em **terceiro lugar**, este trabalho contribuiu para o contexto da intervenção psicológica em Portugal, ao desenvolver, avaliar e divulgar um programa de intervenção na gestão da ansiedade social, que se define por incluir a promoção de competências assertivas, como factor necessário à eficácia do programa e ao desenvolvimento social do adolescente, durante e após o programa. Apesar das limitações e dificuldades de contactar os adolescentes e de os chamar para uma intervenção que confronta precisamente os seus medos, tendo a si mesmos como única motivação e constrangimento para a sua participação, desenvolvemos este programa em contexto escolar. Esperamos ter contribuído para demonstrar que é possível chegar ao adolescente que ninguém vê, é possível mantê-lo em intervenção, e é possível apoiá-lo e promover a diminuição das suas dificuldades, antes que elas se tornem patológicas.

Este apoio, teórica e empiricamente validado, passou pela associação entre a gestão da ansiedade social e a promoção de competências assertivas, factor possivelmente associado a uma gestão mais adequada dos indicadores de ansiedade social, a nível comportamental, emocional e cognitivo. A expressão comportamental e emocional de competências sociais assertivas tem sido associada a um desempenho social bem sucedido, definido como um desempenho social que permite obter reforço social (A. Del Prette & Del Prette, 2003; Jardim & Pereira, 2006), e assim poderá quebrar o ciclo interpessoal auto-reforçador em que o adolescente com ansiedade social se sente encurralado (Alden & Philips, 1990; Alden & Taylor, 2004). Já a expressão cognitiva de assertividade implica uma representação positiva e igualitária das relações sociais e das próprias competências, correspondendo a um esquema interpessoal positivo e flexível, subjacente ao funcionamento psicológico saudável (Elliott & Lassen, 1997), e que se opõe à representação negativa de si mesmo e dos outros que tem vindo a ser associada à ansiedade social (Cunha & Pinto-Gouveia, 1999; Pinto-Gouveia, et al., 2006). O adolescente assertivo não será isento de medos sociais; apenas será mais capaz de os gerir, por auto-expressão de vontades, desejos, mas também necessidades (afectivas, sociais, académicas...), em respeito, consideração e interdependência com os outros.

### 8.3 Limitações e Propostas de Investigação Futura

O presente trabalho pretendeu apresentar uma caracterização multidimensional da ansiedade social e assertividade na adolescência, bem como a compreensão destes dois fenómenos sociais à luz do modelo cognitivo. Este modelo preconiza a interacção entre acontecimento activador, esquemas cognitivos, processamento de informação, pensamentos automáticos, respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas (Cf. Imagem 1, Capítulo 3, ponto 3.3.1). Por opção nossa, ficaram por considerar neste trabalho variáveis referentes ao acontecimento activador, ao processamento de informação, especificamente os processos de atenção, interpretação e memorização, e, ainda, às respostas fisiológicas.

A consideração destas variáveis tem sido feita na literatura relativa à ansiedade social. Alguns trabalhos têm chamado a atenção para a importância de reactivar imagens traumáticas e recorrentes associadas à activação e manutenção de ansiedade em situações sociais e trabalhá-las, com o objectivo de corrigir o significado construído com base nos acontecimentos precoces que lhe terão dado origem. Esta activação e reestruturação de cognições “a quente” tem provado ser efectiva na compreensão e intervenção na ansiedade social (Wild, et al., 2007), o que poderá trazer vantagens ao reconhecimento e compreensão dos factores situacionais de activação de ansiedade social (Alfano, et al., 2006). Considerando o anteriormente exposto, será pertinente em trabalhos futuros a exploração das associações entre ansiedade social e desempenho social “a quente”, ou seja, quando a estrutura cognitiva estiver activada. Esta activação poderá passar, por exemplo, pelo relato pormenorizado de uma experiência de ansiedade social anterior, que tem sido usado para a activação de imagens pertinentes à ansiedade social, com objectivo terapêutico (Wild, et al., 2007). Este tipo de investigação poderá ajudar a compreender porque o desempenho de ansiosos sociais é objectiva e subjectivamente prejudicado, mesmo que manifestem o mesmo nível de conhecimento que sujeitos não ansiosos acerca do que fazer ou do que tipicamente deve ocorrer numa situação social (Wenzel & Holt, 2003). O facto deste conhecimento factual ser relatado com maior valência negativa nos ansiosos sociais (Wenzel, 2004) reforça a importância da activação precedente na predição de diferentes desempenhos entre ansiosos e não ansiosos, ainda que possuam o mesmo nível de conhecimento simbólico.

Igualmente, vários trabalhos têm considerado os processos de atenção, interpretação e memorização de forma isolada, mas sem que a informação seja integrada, a não ser em trabalhos de revisão de literatura. Estes, no entanto, normalmente versam os resultados encontrados ao nível do processamento de informação, sem considerar as restantes variáveis integrantes do modelo cognitivo (por exemplo, Clark & McManus, 2002; Heinrichs & Hofmann, 2001), pelo que a consideração integrada das variáveis inerentes ao modelo cognitivo de forma empírica continua a ser uma necessidade de investigação

Por fim, a activação fisiológica parece ser característica da perturbação de ansiedade social, associada a sintomatologia mais intensa (Wells & Papageorgiou, 2001), mas não sendo diferenciada em sujeitos normais (Beidel, et al., 1985) ou sujeitos com ansiedade social sub-clínica (Turner, et al., 1986). Saber até que ponto esta activação se sincroniza com as restantes respostas, emocionais/afectivas e comportamentais, permitiria uma caracterização integral da manifestação de ansiedade social, bem como determinar limites mais claros à diferenciação no contínuo de ansiedade social, que parecem ser determinados apenas pelo nível de interferência descrito subjectivamente pelo sujeito em análise (Cunha, et al., 2007).

A consideração do evento social activador surge como ainda mais pertinente no caso da assertividade, já que os resultados deste trabalho indicam que a capacidade preditiva da estrutura cognitiva sobre a variância de resultados nas medidas de afecto e comportamento é muito baixa. Esta capacidade preditiva poderia ser aumentada pela activação cognitiva “a quente”, face a eventos sociais pertinentes para o sujeito, e avaliando a resposta afectiva e comportamental subsequente. As variáveis relativas ao processamento de informação e activação fisiológica associada a assertividade ficaram, igualmente por considerar. De que tenhamos conhecimento, não existe qualquer trabalho nesta área, pelo que a exploração futura destas variáveis será de extrema pertinência.

Alguns dados poderão ser sugestivos de resultados esperados nesta área: em situações de discurso público, mulheres não assertivas interpretam a situação como ameaçadora, enquanto mulheres assertivas a declaram como um desafio (Tomaka, 1999); sujeitos mais assertivos são capazes de prever de forma mais precisa a resposta do outro a alternativas de comportamento e assim escolher a alternativa mais adequada (Robinson & Calhoun, 1984); a recuperação de cognições sociais positivas e negativas é facilitada face a tarefas de recuperação de memória explícita (Tormala, et al., 2007); os sujeitos assertivos recuperam mais experiências assertivas da sua vivência pessoal (Bruch, et al., 1988). Assim, será de esperar enviesamento no processamento de informação ao nível da interpretação e memória. No que respeita à activação fisiológica, tendo em conta que, por definição, a competência assertiva é demonstrada por ausência de expressão ansiosa (Wolpe, 1973), será de esperar baixos níveis de activação fisiológica característica de ansiedade em sujeitos assertivos.

No que se refere ao programa de intervenção ASAS, alguns factores ficaram por responder, nomeadamente relativos à possível influência moderadora de diferentes níveis de maturação cognitiva dos adolescentes participantes na adesão e eficácia terapêutica da intervenção (Sauter, et al., 2009). Podemos apenas inferir que a aplicação de técnicas cognitivas, pertinentes para a eficácia terapêutica na intervenção na ansiedade social (Gil, et al., 2001) e no treino assertivo (Jacobs & Cochran, 1982), tenha sido dificultada pela falta de maturação cognitiva nos adolescentes em intervenção. Se o desenvolvimento cognitivo, e em particular o sócio-cognitivo, está dependente do contacto e interacção com outros (Flavell, et al., 1993b), as dificuldades sociais destes adolescentes podem ter sido um entrave ou factor de abrandamento à sua maturação cognitiva. Apenas a avaliação de factores cognitivos como



a capacidade de auto-análise crítica, de pesar e conjugar pontos de vista diferentes (por exemplo, com o dilema moral de Kohlberg), de pensar sobre o próprio pensamento e o do outro, permitirá averiguar da influência destes aspectos na eficácia terapêutica de intervenções cognitivo-comportamentais junto a adolescentes.

Por fim, será importante averiguar em aplicações futuras, da utilidade terapêutica de encontros com professores e com pais, e dos eventos sociais. Apesar de acreditarmos na pertinência e utilidade clínica da constituição de grupos de suporte social informados e preparados para estabelecer formas de interação reforçadoras e que quebrem o ciclo interpessoal negativo da ansiedade social (Alden & Taylor, 2004), os resultados obtidos em alguns trabalhos relativos, nomeadamente, à utilidade da participação parental na intervenção têm sido controversos (P. Barrett, M. Dadds, & R. Rapee, 1996; Hayward et al., 2000; Tracey et al., 1999). Assim, apenas a avaliação por comparação inter-grupos permitirá garantir a adequabilidade das várias componentes do programa ASAS, que o tornam ao mesmo tempo completo, mas complexo.

Ainda que reconhecendo algumas limitações a este trabalho, consideramos que ele reflecte uma perspectiva optimista sobre a preparação que os adolescentes portugueses, em específico no distrito de Aveiro, estão a receber para se adaptarem às novas e mais complexas exigências da sociedade contemporânea, ao promover uma forma de compreender e optimizar esta preparação. Este trabalho de caracterização, compreensão e intervenção versou o grupo específico de adolescentes com ansiedade social sub-clínica, caracterizados também por défice de competências assertivas e timidez, que sofrem na maioria das vezes calados, isolados, escondidos, e juizes ferozes de si próprios. A maior implicação e contributo que esperamos ter trazido com este trabalho, à comunidade escolar, científica e nacional de uma forma geral, é alertar para a **necessidade e possibilidade comprovada de apoiar aqueles que aplicam intenso esforço, para simplesmente serem normais nas trocas sociais.**

A presente investigação como um todo permitiu aliar a investigação orientada para a compreensão do fenómeno com a validação de práticas clínicas eficazes, respondendo, assim, a uma necessidade que se vinha fazendo sentir, nomeadamente no nosso país. Os resultados obtidos permitem concluir pela adequabilidade das premissas teóricas que o fundamentaram, bem como trazem contributos para a psicologia clínica aplicada junto a adolescentes.

Em primeiro lugar, este trabalho contribuiu para a área da avaliação psicológica em Portugal, ao disponibilizar três novos instrumentos de auto-relato, dois para avaliação da assertividade e um para avaliação da vertente cognitiva de ansiedade social, operacionalizada em pensamentos sociais negativos. No que respeita à avaliação de assertividade, este contributo é ainda mais expressivo, se considerarmos a escassez de instrumentos preparados para o nosso país. Ainda, o facto de dois destes instrumentos terem sido adaptados para a língua portuguesa torna-os ferramentas úteis para trabalhos multi-culturais. Por fim, este trabalho contribuiu para a análise continuada de um instrumento de avaliação construído especificamente para avaliar a expressão de ansiedade social em adolescentes portugueses.

Em segundo lugar, este trabalho contribuiu para a caracterização de uma amostra de adolescentes tardios, no que se refere às variáveis de ansiedade social e assertividade, e nas várias dimensões do funcionamento psicológico. Mais uma vez, o contributo ao nível da assertividade é ainda mais expressivo, se considerarmos que esta variável foi durante muito tempo uma variável negligenciada na investigação, não tendo sido considerada na literatura nacional. Além desta caracterização, o presente trabalho permitiu verificar empiricamente as associações entre ansiedade social e assertividade na adolescência, bem como averiguar da aplicação do modelo cognitivo à explicação desta associação, que caracteriza o desempenho social do adolescente tímido ou inibido. Esta compreensão fundamentada do fenómeno contribuirá para melhores formas de apoiar e acompanhar este grupo de adolescentes.

Uma tal forma de apoiar e acompanhar estes adolescentes é precisamente o terceiro contributo desta investigação. Ao construir, implementar, avaliar e concluir pela eficácia de um programa de intervenção estruturada e baseada num manual para a promoção da gestão de ansiedade social e prática de competências assertivas, este trabalho disponibiliza uma ferramenta de intervenção ao contexto nacional, teórica e empiricamente fundamentada.

Este trabalho não é isento de limitações. Em primeiro lugar, a amostra trabalhada inclui apenas alunos do distrito de Aveiro, pelo que a generalização dos dados deverá ser cuidadosamente considerada. Ainda, algumas variáveis pertinentes ao modelo cognitivo ficaram por considerar no trabalho de caracterização e compreensão do desempenho social do adolescente, nomeadamente a consideração da activação do funcionamento psicológico “a quente”, ou seja, em função de um acontecimento social em particular, a consideração do processamento de informação social e a consideração de variáveis fisiológicas. Por fim, a

avaliação da eficácia do programa de intervenção é um estudo meramente preliminar, que deixou várias questões em aberto, como sejam a influência da maturidade cognitiva do adolescente na resposta terapêutica, ou a consideração da importância diferenciada das várias técnicas de intervenção para o sucesso terapêutico.

Apesar destas limitações, acreditamos que a qualidade da investigação, os resultados alcançados e os contributos obtidos se traduzem num tributo muito positivo para a compreensão e intervenção junto ao adolescente tímido ou inibido, cujas dificuldades tantas vezes passam despercebidas a pais e professores. A maior implicação e contributo que esperamos ter trazido com este trabalho, é afirmar a preocupação com a compreensão e a promoção do bem-estar e desenvolvimento psicossocial do adolescente, futuro cidadão activo da nossa comunidade, contradizendo Albert Camus, quando afirma que *“Nobody realizes that some people expend tremendous energy simply to be normal”* nas interacções sociais.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- American Psychological Association (1980). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. EUA: American Psychological Association.
- American Psychological Association (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington D.C.: A.P.A.
- American Psychological Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das doenças mentais (DSM-IV-R)*. Lisboa: Climpesi.
- Abdel, G. (1992). The relationship between assertiveness and anxiety in Emirates (male/female) sample. *Journal of Education*, 27, 1-21.
- Albano, A. M., & DiBartolo, P. M. (2007a). *Cognitive-behavioral therapy for social phobia in adolescents - Stand up, speak out*. New York: Oxford University Press.
- Albano, A. M., & DiBartolo, P. M. (2007b). *Stand up, speak up - Workbook*. New York: Oxford University Press.
- Albano, A. M., Marten, P. A., Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents - A preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(10), 649-656.
- Alberti, R., & Emmons, M. (1990). *Your perfect right - A guide to assertive living* (6<sup>a</sup> ed.). California: Impact Publishers
- Alden, L. E., & Bieling, P. (1998). Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(1), 53-64.
- Alden, L. E., & Philips, N. (1990). An interpersonal analysis of social anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 4(5), 499-513.
- Alden, L. E., & Safran, J. (1978). Irrational beliefs and nonassertive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 2(4), 357-364.
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 857-882.
- Alden, L. E., & Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 497-505.
- Alfano, C., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Cognitive correlates of social phobia among children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 189-201.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4<sup>a</sup> ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Almeida, P., & Gonçalves, M. (Eds.). (1991). *O gato habilidoso*. Porto: Serviço de Pediatria do Hospital de São João.

- Amin, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1998). Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36(10), 945-957.
- Andrews, G., & Peters, L. (1998). The psychometric properties of the composite international diagnostic interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(2), 80-88.
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2006). Fobia social e habilidades sociais: Uma revisão de literatura. *Interação em Psicologia*, 10(1), 113-125.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 6(4), 271-285.
- Arrindell, W. A., Akkerman, A., van der Ende, J., Schreurs, P. J. G., Brugman, A., Stewart, R. E., et al. (2005). Normative studies with the Scale for Interpersonal Behaviour (SIB): III. Psychiatric inpatients. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 941-952.
- Arrindell, W. A., Bartolini, C., & Sanavio, E. (1990). Versione italiana della "Scale for interpersonal behavior": fedeltà, stabilità e validità concorrente. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 5(2), 99-107.
- Arrindell, W. A., Bridges, K. R., van der Ende, J., Lawrence, J. S. S., Gray-Shellberg, L., Harnish, R., et al. (2001). Normative studies with the Scale for Interpersonal Behaviour (SIB): II. US students - A cross-cultural comparison with Dutch data. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1461-1479.
- Arrindell, W. A., Groot, P. M. d., & Walburg, J. A. (1984). *De Schall voor -interpersoonlijk Gedrag (SIB). Handleiding deel 1*. Lisse, Holanda: Swets & Zeitlinger.
- Arrindell, W. A., Sanavio, E., & Sica, C. (2002). Introducing a short form version of the Scale for Interpersonal Behaviour (s-SIB) for use in Italy. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 8(1), 3-18.
- Arrindell, W. A., Sanderman, R., Hageman, W., Pickersgill, M. J., Kwee, M. G. T., Vandermolen, H. T., et al. (1990). Correlates of assertiveness in normal and clinical-samples - A multidimensional approach. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12(4), 153-282.
- Arrindell, W. A., Sanderman, R., & Ranchor, A. (1990). The scale for interpersonal behaviour and the Wolpe-Lazarus assertiveness scale: A correlational comparison in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 11(5), 509-513.
- Arrindell, W. A., Sanderman, R., Vandermolen, H., Vanderende, J., & Mersch, P. P. (1988). The structure of assertiveness - A confirmatory approach. *Behaviour Research and Therapy*, 26(4), 337-339.
- Arrindell, W. A., & van der Ende, J. (1985). Cross-sample invariance of the structure of self-reported distress and difficulty in assertiveness - Experiences with the Scale for Interpersonal-Behavior. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 7(4), 205-243.

- Arrindell, W. A., van der Ende, J., Sanderman, R., Oosterhof, L., Stewart, R., & Lingsma, M. (1999). Normative studies with the Scale for Interpersonal Behaviour (SIB): I. Nonpsychiatric social skills trainees. *Personality and Individual Differences*, 27(3), 417-431.
- Atkins, C. D., Bedics, J. D., McGlinchey, J. B., & Bauchaine, T. (2005). Assessing clinical significance: Does it matter which method we use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 982-989.
- Azais, F., & Granger, B. (1995). Disorders of assertiveness and social anxiety. *Annual Medical Psychology*, 153(10), 667-675.
- Azais, F., Granger, B., Debray, Q., & Ducroix, C. (1999). Cognitive and emotional approach to assertiveness. *Encephale*, 25(4), 353-357.

= B =

- Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (1988). On the Evaluation of Structural Equation Models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 19, 74-94.
- Baldiviesco, C. C. L. (2006). *Efectos de un programa de enseñanza en habilidades sociales* (Tese de doutoramento não publicada). Universidad de Granada, Granada.
- Baldwin, M. (1997). Relational schemas as a source of if-then self-inference procedures. *Review of General Psychology*, 1(4), 326-335.
- Baldwin, M., & Main, K. J. (2001). Social anxiety and the cued activation of relational knowledge. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(12), 1367-1647.
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Bachett, L. S., Ferreira, T. L., & Souza, G. G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 111-121.
- Barlow, D. H., & Hofmann, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 96-117). New York: Oxford University Press.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342.
- Beazley, M. B., Glass, C. R., Chambless, D. L., & Arnkoff, D. B. (2001). Cognitive self-statements in social phobia: A comparison across three types of social situations. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 781-799.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. (pp. 1-25). New York: The Guilford Press.

- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, M. T. (1985). *Anxiety disorders and phobias - A cognitive perspective*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beidel, D. C. (1998). Social anxiety disorder: Etiology and early clinical presentation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 17, 27-31.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 23(2), 109-117.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. J., Ammerman, R. T., Sallee, F. R., & Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(1), 47-54.
- Berman, P. (2010). Cognitive case conceptualizations and treatment plans. In P. Berman, *Case conceptualization and treatment planning: Integrating theory* (pp. 122-150). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Berndt, T. J. (1996). Transitions in friendship and friends' influence. In J. A. Graber, J. Brooks-Gunn & A. C. Petersen (Eds.), *Transitions through adolescence - Interpersonal domains and context* (pp. 57-84). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bjistra, J.O., Bosma, H.A., & Jackson, S. (1994). The relationship between social skills and psycho-social functioning in early adolescents. *Personality and Individual Differences*, 16(5), 767-776.
- Bjistra, J.O., & Jackson, S. (1998). Social skills training with early adolescents: Effects on social skills, well-being, self-esteem and coping. *European Journal of Psychology of Educatio*, XIII(4), 569-583.
- Bogels, S. M., Van Oosten, A., Muris, P., & Smulders, D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39(3), 273-287.
- Bogels, S. M., & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 205-211.
- Bornstein, M. R., Bellack, A. S., & Hersen, M. (1977). Social-skills training for unassertive children - Multiple-baseline analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10(2), 183-195.
- Bouvard, M., Arrindell, W. A., Guerin, J., Bouchard, C., Rion, A. C., Ducottet, E., et al. (1999). Psychometric appraisal of the scale for interpersonal behavior (SIB) in France. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 741-762.
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.



- Brendle, J. R., & Wenzel, A. (2004). Differentiating between memory and interpretation biases in socially anxious and nonanxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 42(2), 155-171.
- Bridges, K. R., Sanderman, R., Breukers, P., Ranchor, A., & Arrindell, W. A. (1991). Sex differences in assertiveness on the U.S. version of the scale for interpersonal behavior (SIB). *Personality and Individual Differences*, 12(12), 1239-1243.
- Brown, M. A., & Stopa, L. (2008). The looming maladaptive style in social anxiety. *Behavior Therapy*, 39(1), 57-64.
- Bruch, M. A. (1981). A task-analysis of assertive-behavior revisited - replication and extension. *Behavior Therapy*, 12(2), 217-230.
- Bruch, M. A., Kaflowitz, N. G., & Berger, P. (1988). Self-schema for assertiveness - Extending the validity of the self-schema construct. *Journal of Research in Personality*, 22(4), 424-444.
- Bulkeley, R., & Cramer, D. (1990). Social Skills Training with Young Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(5), 451-463.

= C =

- Caballo, V.E., Salazar, I.C., Iurrtia, M.J., Arias, B., Hofmann, S.G. & CISO-A Research Team (2008). Social anxiety in 18 nations: Sex and age differences. *Behavioral Psychology*, 16(2), 163-187.
- Carochinho, J. O. (2002). Assertividade e compromisso organizacional - Evidências de um estudo empírico. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática* 7(1), 37-52.
- Castanyer, O. (2005). *Assertividade - Expressão de uma auto-estima saudável* (tradução para língua Portuguesa, 4ª ed.). Coimbra: Edições Tenacitas.
- Castillo, A. R., Recondob, R., Asbahrc, F. R., & Manfrod, G. G. (2007). Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 125-132.
- Chambless, D. L., Hunter, K., & Jackson, A. (1982). Social anxiety and assertiveness: A comparison in phobic and college student samples. *Behaviour Research and Therapy*, 20(4), 403-404.
- Clark, D. M. (1996). Panic disorder and social phobia. In D. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 119-153). New York: Oxford University Press.
- Clark, D. M. (2001). A Cognitive Perspective on Social Phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and*

*Interventions Relating to the Self and Shyness*. (pp. 405-430). New York: John Wiley & Sons Ltd.

- Clark, D. M., & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51(1), 92-100.
- Creed, A. T., & Funder, D. C. (1998). Social anxiety: From the inside and outside. *Personality and individual differences*, 25(1), 19-33.
- Crick, N., & Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74-101.
- Cunha, M. (1996). *A visão de si mesmo e dos outros na ansiedade social* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, M. (2005). *Ansiedade social na adolescência: Avaliação e trajetórias de desenvolvimento* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, M., Gouveia, J. P., Alegre, S., & Salvador, M. C. (2004). Avaliação da ansiedade social na adolescência: A versão portuguesa da SAS-A. *Psychologica*, 35, 249-263.
- Cunha, M., Gouveia, J. P., & Salvador, M. C. (2008). Social fears in adolescence - The social anxiety and avoidance scale for adolescents. *European Psychologist*, 13(3), 197-213.
- Cunha, M., Gouveia, J. P., Salvador, M. C., & Alegre, S. (2004). Medos sociais na adolescência: A Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA). *Psychologica*, 36(195-217).
- Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (1999). Ansiedade social e auto-representações: Contributo dos esquemas precoces mal-adaptativos e dos esquemas cognitivos interpessoais. *Psychologica*, 21, 5-25.
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Soares, I. (2007). Natureza, frequência e consequências dos medos sociais na adolescência: Dados na população portuguesa. *Psychologica*, 44, 207-236.
- Cunha, M., Soares, I., & Pinto-Gouveia, J. (2008). The role of individual temperament, family and peers in social anxiety disorder: A controlled study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 631-655.

= D =

- D'el Rey, G. J. F., Pacini, C. A., & Chavira, D. J. F. (2006). Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 11(1), 111-114.
- Davila, J., & Beck, J. G. (2002). Is social anxiety associated with impairment in close relationships? A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 33(3), 427-446.

- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2003). Assertividade, sistema de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista*, 9(13), 125-136.
- Del Prette, Z., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais - Terapia e educação*. Rio de Janeiro: Vozes Editora.
- Delgreco, L., Breitbach, L., & McCarthy, R. H. (1981). The Rathus Assertiveness Schedule modified for early adolescents. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(4), 321-328.
- Deluty, R. H. (1981). Assertiveness in Children: Some Research Considerations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 10(3), 149.
- Derry, P. A., & Stone, G. L. (1979). Effects of cognitive-adjunct treatments on assertiveness. *Cognitive Therapy and Research*, 3(2), 213-221.
- Detry, B., & Castro, M. L. F. (1990). Adaptação e normas portuguesas do teste de Rathus. In B. Detry & M. L. F. Castro (Eds.), *O teste de frustração de S. Rozenzweig - Forma adultos* (pp. 106-113). Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Detry, B., & Castro, M. L. F. (1996). A escala de assertividade de Rathus: Versão Portuguesa. In L. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machado & M. Simões (Eds.), *Avaliação psicológica - Formas e contextos* (Vol. IV, pp. 357-363). Braga: APPORT.
- Diamantopoulos, A., & Siguaw, J. (2000). *Introducing LISREL*. Londres, Inglaterra: Sage Publications.
- DiBartolo, P. M., Albano, A. M., Barlow, D. H., & Heimberg, R. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 213-220.
- Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R., & Becker, R. E. (1988). Evaluation of the social interaction self-statement test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, 12(2), 211.
- Dogan, T. (2010). A new inventory for assessing cognitions in social phobia: The validity and reliability study of the turkish version of the social thoughts and beliefs scale. [Abstract]. *International Journal of Human Sciences*, 7(1), 501-520.
- Drozdz, E., & Pokorski, M. (2007). Parental attitudes and social competence in adolescents. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 58, 175-184.
- Duckworth, M. P., & Mercer, V. (2006). Assertiveness training. In J. E. Fisher & W. T. O'Donohue (Eds.), *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy* (pp. 80-92). New York: Springer.

- Early, D., & Eccles, J. (1995). *Understanding the links between socio-economic status and parenting behavior in african american and european american samples*. Poster apresentado na Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis, EUA.
- Eceiza, M., Arrieta, M., & Goni, A. (2008). Social skills and contexts of social behaviour. *Revista De Psicodidactica*, 13(1), 11-26.
- Elizabeth, J., King, N., & Ollendick, T. H. (2004). Etiology of social anxiety disorder in children and youth. *Behaviour Change*, 21(3), 162-172.
- Elliott, C. H., & Lassen, M. K. (1997). A schema polarity model for case conceptualization, intervention, and research. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 4(1), 12-28.
- Emeriaud, J. (2006). *Phobie Sociale: Revue de la literature ey analyse conceptuelle* (Tese de doutoramento não publicada). Universite D'Angers, França.
- Engels, R., Dekovic, M., & Meeus, W. (2002). Parenting practices, social skills and peer relationships in adolescence. *Social Behavior and Personality*, 30(1), 3-18.
- Erath, S. A., Flanagan, K. S., & Bierman, K. L. (2007). Social anxiety and peer relations in early adolescence: Behavioral and cognitive factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 405-416.
- Erwin, E. (2002). Adolescent perceptions of relevant social problems. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nurse* 15(1), 24-34.
- Eskin, M. (1993a). Reliability of the turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal-behavior, and suicide probability scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 515-522.
- Eskin, M. (1993b). Swedish translation of the suicide Probability Scale, Perceived Social Support from Friends and Family Scales, and the Scale for Interpersonal Behavior: a reliability analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 34(3), 276-281.
- Eskin, M. (2003). Self-reported assertiveness in Swedish and Turkish adolescents: A cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44(1), 7-12.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.

= F =

- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., Kim, H. S., & Stephenson, K. (2009). The Social Thoughts and Beliefs Scale: Psychometric Properties and its Relation with Interpersonal Functioning in a Non-Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 33(4), 425-431.
- Fiedler, D., & Beach, L. R. (1978). Decision to be assertive. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(3), 537-546.
- Field, A. (2001). *Discovering statistics using SPSS for windows - Advanced techniques for the beginner*. Londres, Inglaterra: SAGE Publications Ltd.
- Fisher, P. H., Masia-Warner, C., & Klein, R. G. (2004). Skills for social and academic success: A school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 241-249.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 251-278.
- Flavell, J. H., Miller, P. H., & Miller, S. A. (1993a). Middle childhood and adolescence. In J.H. Flavell, P.H. Miller & S. A. Miller, *Cognitive development* (pp. 131-172). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Flavell, J. H., Miller, P. H., & Miller, S. A. (1993b). Social cognition. In J.H. Flavell, P.H. Miller & S. A. Miller, *Cognitive development* (pp. 173-227). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50.
- Foster, S.L., & Bussman, J.R. (2008). Evidence-based approaches to social skills training with children and adolescents. In Steele, R.G., Elkin, T.D., & Roberts, H.C., *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents* (pp. 409-427). New York: Springer Science.
- Fredriksen, K., & Rhodes, J. (2004). The role of teacher relationships in the lives of students. *New Directions for Youth Development*, 103, 45-54.
- Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2001). Empirically supported psychological treatments for social phobia. *Psychiatric Annals*, 31(8), 489-496.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Frymier, A. B. (2005). Student's classroom communication effectiveness. *Communication Quarterly*, 53(2), 197-212.

Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2), 84-93.

= G =

Galassi, J., & Galassi, M. (1977). Assessment procedures for assertive behavior. In R. Alberti (Ed.), *Assertiveness: Innovations, applications and issues*. San Luis Obispo: Impact.

Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). Assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6(4), 550-561.

Garner, M., Mogg, K., & Bradley, B. P. (2006). Fear-relevant selective associations and social anxiety: Absence of a positive bias. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 201-217.

Gelder, M. (1997). The scientific foundations of cognitive behaviour therapy. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 27-46). New York: Oxford University Press.

Gil, P. J. M., Carrillo, X. M., & Meca, J. S. (2001). Effectiveness of cognitive-behavioural treatment in social phobia: A meta-analytic review. *Psychology in Spain*, 5(1), 17.

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(3), 174-189.

Glass, C. R., & Furlong, M. (1990). Cognitive assessment of social anxiety: Affective and behavioral correlates. *Cognitive Therapy and Research*, 14(4), 365-384.

Golden, M. (1981). A measure of cognition in the context of assertion. *Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 253-262.

Gonçalves, O. (1993). *Terapias cognitivas - Teoria e Prática*. Porto: Edições Afrontamento.

Gonçalves, O. (1999). *Introdução à Psicoterapia Comportamental*. Coimbra: Quarteto Editora.

Greco, L.A., & Morris, T.L. (2001). Treating childhood shyness and related behavior: Empirically evaluated approaches to promote positive social interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(4), 299-318.

Greenberger, D., & Padesky, C. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York: The Guilford Press.

Greener, S., & Crick, N. (1999). Normative beliefs about prosocial behavior in middle childhood: What does it mean to be nice. *Social Development*, 8(3), 349-363.

= H =

Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 601-610.

- Hackmann, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: A study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-12.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. New Jersey, EUA: Lawrence Earlbaum Associates, Inc.
- Hannesdóttir, D. K., & Ollendick, T. H. (2007). Social cognition and social anxiety among icelandic schoolchildren. *Child & Family Behavior Therapy*, 29(4), 43-58.
- Harter, S. (1999). The normative development of self-representations during adolescent. In S. Harter (Ed.), *The construction of the self - A developmental perspective* (pp. 59-88). New York: The Guildford Press.
- Hartup, W. (1996). The company the keep: Friendships and their developmental significance. *Child Development*, 67(1), 1-13.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L., & Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia in Female Adolescents: Results of a Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(6), 721-726.
- Heimberg, R., & Becker, R. (1981). Cognitive and behavioral models of asserive behavior: Review, analysis and integration. *Clinical Psychology Review* 1(3), 353-373.
- Heimberg, R., & Becker, R. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: The Guilford Press.
- Heimberg, R., Chianzzi, E., Becker, R., & Madrazo-Peterson, R. (1983). Cognitive mediation of assertive behavior: An analysis of the self-statment patterns of college students, psychiatric patients and normal adults. *Cognitive Therapy and Research*, 7(5), 455-463.
- Heinrichs, N., & Hofmann, S. G. (2001). Information processing in social phobia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 751-770.
- Henderson, L., & Zimbardo, P. (2001). Shyness, social anxiety and social phobia. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 46-64). Needham Heights MA: Ally and Bacon.
- Herbert, J., Gaudiano, B., Rheingold, A., Myers, V., Dalrymple, K., & Nolan, E. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36(2), 125-138.
- Herzberger, S. D., Chan, E., & Katz, J. (1984). The development of an assertiveness self-report inventory. *Journal of Personality Assessment*, 48(3), 317-323.

- Hirsch, C. R., Clark, D. M., Mathews, A., & Williams, R. (2003). Self-images play a causal role in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 909-921.
- Hirsch, C. R., & Mathews, A. (2000). Impaired positive inferential bias in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 705-712.
- Hirsch, C. R., Meynen, T., & Clark, D. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, 12(4), 496-506.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 193-209.
- Hofmann, S. G., Albano, A. M., Heimberg, R., Tracey, S., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9(1), 15-18.
- Hope, D. A., Burns, J. A., Hayes, S. A., Herbert, J. D., & Warner, M. D. (2010). Automatic Thoughts and Cognitive Restructuring in Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 34(1), 1-12.
- Hope, D., Heimberg, R., Juster, H., & Turk, C. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach (client workbook)*. Sant Antonio TK: The Psychological Coporation.
- Hope, D., Heimberg, R., & Turk, C. (2006). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral approach (Therapist guide)*. New York: Oxford University Press.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G., & Dombeck, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia - Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14(2), 177-189.
- Hopko, D. R., McNeil, D. W., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2001). The relation between anxiety and skill in performance-based anxiety disorders: A behavioral formulation of social phobia. *Behavior Therapy*, 32(1), 185-207.
- Horowitz, M. J. (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Londres, Inglaterra: The University of Chicago Press.
- Huppert, J. D., Foa, E. B., Furr, J. N., Filip, J. C., & Mathews, A. (2003). Interpretation Bias in Social Anxiety: A Dimensional Perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 27(5), 569-577.

= | =

- Inderbitzen, H. M., Walters, K. S., & Bukowski, A. L. (1997). The role of social anxiety in adolescent peer relations: Differences among sociometric status groups and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(4), 338-348.



Ingram, R. E., Scott, W. D., Holle, C., & Chavira, D. (2003). Self-focus in social anxiety: Situational determinants of self and other schema activation. *Cognition and Emotion*, 17(6), 809-826.

Isolan, L., Pheula, G., & Manfro, G. G. (2007). Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 125-132.

= J =

Jacobs, M. K., & Cochran, S. D. (1982). The effects of cognitive restructuring on assertive-behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 6(1), 63-76.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(1), 12-19.

James, I. A., & Barton, S. (2004). Changing core beliefs with the continuum technique. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(4), 431-442.

Jardim, J., & Pereira, A. (2006). Assertividade. In J. Jardim & A. Pereira (Eds.), *Competências pessoais e sociais - Guia prático para a mudança positiva* (pp. 105-118). Porto: Asa Editores.

John, K., Gammon, G. D., Prusoff, B. A., & Warner, V. (1987). The social-adjustment inventory for children and adolescents (SAICA) - Testing a new semistructured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(6), 898-911.

Jones, S. E. (2003). Ethical issues in clinical psychology. In G. Stricker, T. A. Widiger & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of Psychology - Clinical Psychology* (Vol. 8, pp. 497-510). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

= K =

Kachin, K. E., Newman, M. G., & Pincus, A. L. (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavior Therapy*, 32(3), 479-501.

Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 37-61.

Kashdan, T. B., & McKnight, P. E. (2010). The darker side of social anxiety: When aggressive impulsivity prevails over shy inhibition. *Current Directions in Psychological Science*, 19(1), 47-50.

- Kazantzis, N., & Lampropoulos, G. K. (2002). Reflecting on homework in psychotherapy: What can we conclude from research and experience? *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 577-585.
- Kearney, C. A. (2005). *Social anxiety and social phobia in youth - Characteristics, assessment, and psychological treatment*. New York: Springer.
- Kearney, P., Beaty, M., Plax, T., & MacCroskey. (1984). Factor analysis of the Rathus Assertiveness Schedule and the Personal Report of Communication Apprehension: Replication and extension. *Psychological Reports*, 54(3), 851-854.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children - Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100-110.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366-380.
- Kendall, P. C., & Flannery-Schroeder, E. C. (1998). Methodological issues in treatment research for anxiety disorders in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 27-38.
- Kendall, P. C., & Hedtke, K. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children. Therapist manual* (3<sup>a</sup> ed.). Ardmore: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., & Hedtke, K. (2006b). *Coping cat workbook* (2<sup>a</sup> ed.). Ardmore: Workbook Publishing.
- Kennerley, H. (2009). *Managing anxiety: A user's manual*. Oxford: Oxford Clinical Psychology.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2<sup>a</sup> ed.). Londres, Inglaterra: Routledge.
- Kline, T. (2005). *Psychological Testing - A practical approach to design and evaluation*. Londres, Inglaterra: Sage Publications Inc.

= L =

- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83-94.
- Landazabal, M. G. (1999). Assessment of a cooperative-creative program of assertive behavior and self-concept. *The Spanish Journal of Psychology*, 2(1), 3-10.
- Landazabal, M. G. (2006). Psychopathological symptoms, social skills and personality traits: A study with adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(2), 182-192.

- Larson, R., Wilson, S., Brown, B. B., Furstenberg, F., & Verma, S. (2002). Changes in adolescents interpersonal experiences: Are they being prepared for adult relationships in the twenty-first century? *Journal of Research on Adolescence*, 12(1), 31-68.
- Learney, M. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371-375.
- Leff, S. S., Hoffman, J. A., & Gullan, R. L. (2009). Intervention integrity: New paradigms and applications. *School Mental Health*, 1(3), 103-106.
- Levitan, M., Rangé, B., & Nardi, A. E. (2008). Habilidades sociais na agorafobia e fobia social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(1), 095-100.
- Levitan, M., & Nardi, A. E. (2009). Social skill deficits in socially anxious subjects. *World Journal of Biological Psychiatry*, 10(6), 702-709.
- Levpuscek, M. P. (2004). Development of two forms of social anxiety in adolescence. *Horizons of psychology*, 13(2), 27-40.
- Lin, Y. R., Shiah, I. S., Chang, Y. C., Lai, T. J., Wang, K. Y., & Chou, K. R. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24(8), 656-665.
- Lincoln, T. (2003). *Cognitive behavioral treatment of social phobia - Bridging the gaps between research and practice* (Tese de doutoramento não publicada). Philipps-Universität, Mariburg.
- Lorr, M., & More, W. W. (1981). Four dimensions of assertiveness. *Multivariate Behavioral Research*, 15(2), 127-138.

= M =

- Maaseen, G. (2001). The unreliable change of realible change indices. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 495-498.
- Magnusdottir, I., & Smari, J. (1999). Social anxiety in adolescents and appraisal of negative events: Specificity or generality of bias? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(3), 223-230.
- Manfro, G. G., Isolan, L., Blaya, C., Maltz, S., Hledt, E., & Pollack, M. H. (2003). Relationship between adult social phobia and children anxiety. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 96-99.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(2), 63-78.

- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências humanas e sociais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marsh, H. W., & Balla, J. R. (1994). Goodness of fit confirmatory factor analysis: The effects of sample size and model parsimony. *Quality & Quantity*, 28(2), 185-217.
- Marsh, H. W., Balla, J. R., & McDonald, R. P. (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin*, 103(3), 391-410.
- Martins, V. (2005). *Seja assertivo - Como ser directo, objectivo e fazer o que tem de ser feito: Como construir relacionamentos saudáveis usando a assertividade*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Masia-Warner, C., Fisher, P. H., Shrout, P. E., Rathor, S., & Klein, R. C. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 376-386.
- Masia-Warner, C., Klein, R. G., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Malbano, A. M., et al. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 707-722.
- Masia, C. L., Beidel, D. C., Fisher, P. H., Albano, A. M., Rapee, R. M., Turner, S. M., et al. (1999). Skills for Academic and Social Success. New York University School of Medicine, Child Study Center.
- Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 780-786.
- Mathews, A. (1997). Information-processing biases in emotional disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 47-66). New York: Oxford University Press.
- Matson, J. L., & Wilkins, J. (2009). Psychometric testing methods for children's social skills. *Research in Developmental Disabilities*, 30(2), 249-274.
- McLeod, B. D., Southam-Gerow, M., & Weisz, J. R. (2009). Conceptual and methodological issues in treatment integrity measurement. *School Psychology Review*, 38(4), 541-546.
- McManus, F. (2007). Psychological treatment of social phobia. *Anxiety disorders*, 6(5), 211.
- McManus, F., Sacadura, C., & Clark, D. M. (2008). Why social anxiety persists: An experimental investigation of the role of safety behaviours as a maintaining factor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 147-161.
- Mellings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 243-257.

- Michelson, L., Diloranzo, T. M., Calpin, J. P., & Ollendick, T. H. (1982). Situational determinants of the behavioral assertiveness role-play test for children. *Behavior Therapy*, 13(5), 724-734.
- Mischel, W. (2000). Connecting clinical practice to scientific progress. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2), i-ii.
- Moore, K. A., Hudson, E. E., & Smith, B. F. (2007). The relationship between assertiveness and social anxiety in college students. *Undergraduate Research Journal of the Human Sciences*, 6. Retirado de [www.kon.org/urc/v6/moore.html](http://www.kon.org/urc/v6/moore.html)
- Morais, L. V., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2008). Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social: Uma revisão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1). doi:10.1590/S0101-81082008000200007.
- Murphy, R., Hirsch, C. R., Mathews, A., Smith, K., & Clark, D. M. (2007). Facilitating a benign interpretation bias in a high socially anxious population. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1517-1529.
- Murta, S. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: Análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 283-291.
- Myers, A. C., Blote, A. W., Bogels, S. M., & Westenberg, P. M. (2008). Interpretation bias and social anxiety in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1462-1471.

= N =

- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2007). *A guide to treatments that work* (3ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Neal, J. A., & Edelmann, R. J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23(6), 761-786.
- Nelson, D. A., & Crick, N. R. (1999). Rose-colored glasses: Examining the social information-processing of prosocial young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 19(1), 17-38.
- Nichols, T. R., Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., & Botvin, G. J. (2006). Ways to say no: Refusal skill strategies among urban adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 30(3), 227-236.
- Niebuhr, K. E., & Niebuhr, R. E. (1999). An empirical study of student relationship and academic achievement. *Education*, 119(4), 679-681.
- Noftle, E. E., & Shaver, P. (2006). Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationships quality. *Journal of Research on Personality*, 40(2), 170-208.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York, EUA: McGraw-Hill.

= O =

- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 421-446.
- Olivares, J. (Ed.). (2004). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescência (14-18 anos)*. Madrid: Pirámide.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (2004). Empirically supported treatments for children and adolescents: Advances toward evidence-based practice. In Barret, P.M, & Ollendick, T.H. (Eds.), *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment* (pp. 3-25). West Sussex, Inglaterra: John Wiley & Sons, Ltd.
- Onyeizugbo, E. U. (2003). Effects of gender, age, and education on assertiveness in a Nigerian sample. *Psychology of Women Quarterly*, 27(1), 12-16.
- Orenstein, H., Orenstein, E., & Carr, J. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry*(6), 203-207.
- Osório, F. L., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2005). Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(2), 73-83.
- Overholser, J. (2002). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(2-3), 125-144.

= P =

- Papalaia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). Adolescência. In D. E. Papalaia, S. W. Olds & R. D. Feldman (Eds.), *O mundo da criança* (pp. 502-610). Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Park, H. S., & Yang, Y. O. (2006). A concept analysis of assertiveness [abstract]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 30(3), 468.
- Pearson, J. C. (1980). A Factor Analytic Study of the Items in the Personal Report of Communication Apprehension and the Rathus Assertiveness Schedule. *Psychological Reports*, 54, 851-854.
- Pereira, A.M.S. (2006). Stresse e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última década. In Leal, I. (Eds) *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 145-167). Coimbra: Quarteto Editora.
- Pereira, A.M.S., Chaves, C., Carrinho, P., Vagos, P., Santos, L., Monteiro-Ferreira, J., Melo, A., Rodrigues, M., Carvalho, A., & Coutinho, E. (2009). Stress vulnerability and traumatic events in students. *Psychology & Health*, 24(1), 309-310.

- Pereira, A.M.S., Decq Motta, E., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J., Rodrigues, M.J., Pereira, P., Jardim, J., & Vaz, L. (2008). Programa de Gestão e Controlo do Stresse. Manual da Formação. In A.M.S. Pereira, E. Decq Motta, C. Pinto, O. Bernardino, A. Melo, J. Ferreira, M.J. Rodrigues, P. Pereira, J. Jardim & L. Vaz. *Plano de Apoio à Transição - Programas de Intervenção*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Pereira, A.M.S., Decq Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J., Rodrigues, M.J., Medeiros, A, & Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico do estudante universitário. Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, 1(XXIV), 51-59.
- Pereira, A., Vagos, P., Santos, L. Vasconcelos, G., Monteiro, S, Torres, A., ... Oliveira, P. (2010). Ajudar quem ajuda: A outra face da LUA. In Pereira, A., Castanheira, H., Melo, A.C., Ferreira, A.I., & Vagos, P. (eds.), *Apoio psicológico no Ensino Superior - Modelos e práticas. Cd de Actas do I Congresso RESAPES-AP* (pp. 106-112). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (2001). Trait approaches to personality: Allport, Eysenck, and Cattell. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Personality: Theory and research* (6ª ed., pp. 23-252). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ping, R. A. (2004). On assuring valid measures for theoretical models using survey data. *Journal of Business Research*, 57, 125-141.
- Pinto-Gouveia, J. (Ed.). (2000). *Ansiedade social: Da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Robalo, M. (1997). Avaliação de esquemas interpessoais: A versão portuguesa do Questionário de Esquemas Interpessoais de Safran e Hill. *Psychologica*, 17, 105-127.
- Pinto-Gouveia, J., & Rijo, D. (2001). Terapia focada nos esquemas: Questões acerca da sua validação empírica. *Psicologia*, XV(2), 309-324.
- Pinto-Gouveia, J., Salvador, M. C., & Rijo, D. (1990). Versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young - L. Manuscrito não publicado. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia - Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Programa Nacional de Saúde Escolar, Despacho n.º12.045/2006 C.F.R. (2006).

- Rakus, R. (1991). *Assertive behavior - Theory, research and training*. Londres, Inglaterra: Routledge.
- Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2006). Mental representation of observable attributes in people with social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(2), 113-126.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737-767.
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406.
- Rathus, S. (1984). This week's citation classic - A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Current Contents*, 17, 16.
- Rheingold, A. A., Herbert, J. D., & Franklin, M. E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 639-655.
- Rice, F. P. (1996). Multidisciplinary views of adolescence. In F. P. Rice (Ed.), *The adolescent*. (pp. 26-53). Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Rijo, D. (2009). *Esquemas mal-adaptativos precoces - Validação do conceito e métodos de avaliação* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rishel, C. W. (2007). Evidence-based prevention practice in mental health: What is it and how do we get there? *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 153-164.
- Robinson, W., & Calhoun, K. (1984). Assertiveness and cognitive processing in interpersonal situations. *Journal of Behavior Assessment*, 6(1), 81-96.
- Rodebaugh, T. L. (2009). Social phobia and perceived friendship quality. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 872-878.
- Rodríguez, J. O., Alcázar, A. I. R., & Rodríguez, J. O. P. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17(1), 1-8.
- Rodríguez, J. O., & López, L. J. G. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para la población adolescente con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9(2), 247-254.
- Romo, L., Bigot, F., Aubry, C., Djordjian, J., & Adès, J. (2004). L'expérience d'un groupe d'affirmation de soi. *Pratiques Psychologiques*, 10(4), 379-387.



- Roth, D., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2001). Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39(2), 129-138.
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 50(6), 308-316.
- Ruben, D. H., & Ruben, M. J. (1989). Why assertiveness training-programs fail. *Small Group Behavior*, 20(3), 367-380.
- Rudolph, K., Hammem, C., & Bruge, D. (1995). Cognitive representations of self, family, and peers in school-aged children: Links to social competence and sociometric status. *Child Development*, 66(5), 1385-1402.

= S =

- Safran, J. (1990a). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 87-105.
- Safran, J. (1990b). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: II. Practice. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 107-121.
- Salvador, M. C. (2010). "Ser eu próprio entre os outros" - Um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Sarkova, M., Katreniakova, Z., Nagyova, I., Geckova, A. M., Orosova, O., van Dijk, J. P., et al. (2005). The effect of social skills and smoking on the mental health of adolescents. *European Journal of Public Health*, 15, 170.
- Sauter, F. M., Heyne, D., & Westenberg, P. M. (2009). Cognitive Behavior Therapy for Anxious Adolescents: Developmental Influences on Treatment Design and Delivery. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(4), 310-335.
- Schachter, D., Kleinman, I., & Harvey, W. (2005). Informed consent and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(9), 534-540.
- Schwartz, R. M., & Gottman, J. M. (1976). Toward a task-analysis of assertive-behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(6), 910-920.
- Segrin, C., & Kinney, T. (1995). Social skills deficits among the socially anxious: Rejection from others and loneliness. *Motivation and Emotion*, 19(1), 1-24.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28-38.

- Shirk, S. R. (1998). Interpersonal schemata in child psychotherapy: A cognitive-interpersonal perspective. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 4-16.
- Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (Eds.). (1996a). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV - Child interview schedule*. New York: Oxford University Press.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (Eds.). (1996b). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV - Clinician manual*. New York: Oxford University Press.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (Eds.). (1996c). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV - Parent interview schedule*. New York: Oxford University Press.
- Silverman, W. K., & Hinshaw, S. P. (2008). The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 1-7.
- Sireci, S. G., Yang, Y., Harter, J., & Ehrlich, E. J. (2006). Evaluating guidelines for test adaptations - A methodological analysis of translation quality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(5), 557-567.
- Smári, J., Bjarnadttir, A., & Bragadottir, B. (1998). Social anxiety, social skills and expectancy/ cost of negative social events *Cognitive Behaviour Therapy*, 27(4), 149-155.
- Smye, M. D., & Wine, J. D. (1980). A comparison of female and male-adolescent social behavior and cognition - A challenge to the assertive literature. *Sex Roles*, 6(2), 213-230.
- Spence, S. H. (1995). *Social skills training: Enhancing social competence and children and adolescents*. Windsor, UK: The NFER-NELSON Publishing Company Ltd.
- Spence, S. H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 84-96.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 211-221.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-base, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 713-726.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do adolescente - Uma abordagem desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Stake, J. E., Deville, C. J., & Pennell, C. L. (1983). The effects of assertive training on the performance self-esteem of adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 12(5), 435-442.
- Stallard, P. (2005). *A clinicians guide to think good, feel good: Using CTB with children and young people*. West Sussex, Inglaterra: John Willey & Sons, Ltd.
- Stipelman, B. A. (2005). *Social skills deficit versus performance inhibition in socially anxious individuals* (Tese de mestrado não publicada). University of Maryland, Maryland.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 255-267.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 273-283.

= T =

- Tarrant, M., MacKenzie, L., & Hewitt, L. A. (2006). Friendship group identification, multidimensional self-concept, and experience of developmental tasks in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29(4), 627-640.
- Taylor, C. T., & Alden, L. E. (2005). Social interpretation bias and generalized social phobia: The influence of developmental experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 759-777.
- Taylor, C. T., & Alden, L. E. (2006). Parental overprotection and interpersonal behavior in generalized social phobia. *Behavior Therapy*, 37(1), 14-24.
- Teachman, B. A., & Allen, J. P. (2007). Development of social anxiety: Social interaction predictors of implicit and explicit fear of negative evaluation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(1), 63-78.
- Teodoro, M. L. M., Käpler, K. C., Rodrigues, J. L., Freitas, P. M., & Haase, V. G. (2005). The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY) and its adaptation for Brazilian children and adolescents. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 239-246.
- Thompson, K. L., Bundy, K. A., & Broncheau, C. (1995). Social skills for young adolescents: Symbolic and behavioral components. *Adolescence*, 30(119), 723-734.
- Thompson, K. L., Bundy, K. A., & Wolfe, W. R. (1996). Social skills training for young adolescents: Cognitive and performance components. *Adolescence*, 31(123), 505-521.
- Tomaka, J. (1999). Assertiveness predicts threat and challenge reactions to potential stress among women. *Journal of Personality and Social Psychology Review*, 76(7), 1008-1021.

- Tormala, Z. L., Falces, C., Brinol, P., & Petty, R. E. (2007). Ease of retrieval effects in social judgment: The role of unrequested cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(2), 143-157.
- Tracey, S., Paterson, M., Mattis, S., Chorpita, B., Albano, A., Heimberg, R., et al. (1999). *Cognitive behavioral group treatment of social phobia in adolescents: Preliminary examination of the contribution of parental involvement*. Paper apresentado na the Meeting of the Anxiety Disorders Association of America, San Diego, California, EUA.
- Trower, P., O'Mahony, J. F., & Dryden, W. (1982). Cognitive aspects of social failure: Some implications for social-skills training. *British Journal of Guidance and Counselling*, 10(2), 176-184.
- Trudeau, L., Lillehoj, C., Spoth, R., & Redmond, C. (2003). The role of assertiveness and decision making in early adolescent substance initiation: Mediating processes. *Journal of Research on Adolescence*, 13(3), 301-328.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples - Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 523-527.
- Turner, S. M., Johnson, M. R., Beidel, D. C., Heiser, N. A., & Lydiard, R. B. (2003). The social thoughts and beliefs scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological Assessment*, 15(3), 384-391.

= V =

- Vagos, P. (2006). Assertividade e comportamento assertivo: A gestão do eu, tu, nós. *d@es - LEIES - Laboratório de Estudos e Intervenção no Ensino Superior*. Retirado de [http://www2.dce.ua.pt/leies/daes/assertividade\\_Paula\\_Vagos.pdf](http://www2.dce.ua.pt/leies/daes/assertividade_Paula_Vagos.pdf)
- Vagos, P., & Pereira, A. (2007a). *Assertive interpersonal schema - Evaluation proposal [abstract]*. Poster apresentado at the Division of Clinical Psychology Annual Conference, Londres, Inglaterra.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2007b). *Assertiveness and temperament: The assertive interpersonal schema [abstract]*. Paper apresentado na 13th European Conference on Developmental Psychology, Jena, Alemanha
- Vagos, P., & Pereira, A. (2008a). *Aptidões para o sucesso académico e social - Livro do aluno*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2008b). *Aptidões para o sucesso académico e social - Manual de aplicação e adesão*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Vagos, P., & Pereira, A. (2008c). A Escala de Assertividade de Rathus: Proposta de uma versão reduzida (RAS-S). In Noronha, A.P., Machado, C., Almeida, L., Gonçalves, M., Martins, S., & Ramalho, V. (Eds.), *Cd de Actas da XIII Conferencia internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga, Portugal: Psiquilibrios.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2008d). *A Escala de Comportamento Interpessoal: Análise da sua validade de constructo*. In Noronha, A.P., Machado, C., Almeida, L., Gonçalves, M., Martins, S., & Ramalho, V. (Eds.), *Cd de Actas da XIII Conferencia internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga, Portugal: Psiquilibrios.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2009a). *Promoting social abilities in school: An intervention program proposal*. Cd de Actas do 1st International Conference of Psychology and Education. Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2009b). Qualitative Analysis on the Concept of Assertiveness. In F. K.A (Ed.), *Applying Psychological Research to Understand and Promote the Well-being of Clinical and Non-clinical Populations* (pp. 99-112). Atenas, Grécia: Atiner.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2010a). Escala de Comportamento Interpessoal: Adaptação para a língua portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 8(1), 37-49.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2010b). Medos sociais por género: Uniformidade ou diversidade? [Abstract]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(S1), 10-11.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2010c). Proposal for evaluating cognition in assertiveness. *Psychological Assessment*, 22(3), 657-665.
- Vagos, P., Pereira, A., & Beidel, D. (no prelo). Adaptação e validação de uma medida de cognição na ansiedade social. *Avaliação Psicológica*.
- Velting, O. N., & Albano, A. M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(1), 127-140.
- Vieira, A. L. (2009). *ABC do LISREL interactivo - Um exemplo prático de modelação em equações estruturais*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Visser, M. (2004). Implementing peer support in schools: Using a theoretical framework in action research. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14(6), 436-454.
- Voncken, M. J. (2006). *Afraid of being disliked - From distorted cognitions to interpersonal problems in social phobia* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Maastricht, Maastricht, Alemanha.

- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(2), 179-191.
- Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1997). Social phobia and positive social events: The price of success. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 416-424.
- Watanabe, A. (2006). Theoretical review of assertiveness inventories: Issues in the measurement of four theoretical dimensions. *Japanese Journal of Educational Psychology*, 54(3), 420-433.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29(3), 357-370.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Social phobic interoception: effects of bodily information on anxiety, beliefs and self-processing. *Behaviour Research and Therapy*, 39(1), 1-11.
- Wenzel, A. (2004). Schema content for threat in social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 789-803.
- Wenzel, A., Brendle, J. R., Kerr, P. L., Purath, D., & Ferraro, F. R. (2007). A quantitative estimate of schema abnormality in socially anxious and non-anxious individuals. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 220-229.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., & Schmutzer, P. A. (2003). Recall of schematic and non-schematic material related to threat in socially anxious and nonanxious individuals. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(4), 403-416.
- Wenzel, A., & Holt, C. S. (2002). Memory bias against threat in social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(Pt1), 73-79.
- Wenzel, A., & Holt, C. S. (2003). Situation-specific scripts for threat in socially anxious and nonanxious individuals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(2), 144-167.
- Wenzel, A., Jackson, L. C., & Holt, C. S. (2002). Social phobia and the recall of autobiographical memories. *Depression and Anxiety*, 15(4), 186-189.
- Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 386-401.
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 295-314.
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 50-59.

Wise, K. L., & Broncheau, C. (1992). Social skills training for young adolescents. *International Journal of Psychology*, 27(3-4), 241-241.

Wolpe, J. (1973). Assertive training. In J. Wolpe (Ed.), *The practice of behavior therapy* (2<sup>o</sup> ed., pp. 80-94). E.U.A: Pergamon Press.

Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. Oxford: Pergamon Press.

= Y =

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy - A practioner's guide*. New York: The Guilford Press.

= Z =

Zwick, R., & Velicer, W. F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99(3), 432-442.

---

## ANEXOS

---



## Anexo I: Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Completa

### INSTRUÇÕES:

Em situações sociais, muitas pessoas acham difícil reagir como gostariam. Por exemplo, podem achar difícil recusar um pedido, pedir ajuda, ou dizer do que gostam ou não gostam. Em baixo encontra-se uma lista de algumas dessas situações. Regista sempre a primeira resposta que te vier à cabeça. Responde a todas as questões, tão rápido quanto conseguires.

Para cada uma das situações, avalia primeiro, o quanto te sentirias nervoso/a ou tenso/a se te comportasses como é descrito na situação, usando a seguinte escala:

Nada	Um pouco	Até certo ponto	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5

Por exemplo: se te sentes **até certo ponto tenso** quando inicias uma conversa com um estranho, escreve um 3 na linha de resposta.

Depois, avalia cada uma das situações em função da frequência com que te comportas da forma descrita.

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Normalmente	Sempre
1	2	3	4	5

Por exemplo, se quando estás com um estranho, **normalmente** inicias uma conversa, escreve um 4 na linha de resposta.

### SITUAÇÕES SOCIAIS

	Sinto-me tenso/a ou nervoso/a...	Faço...
1. Iniciar uma conversa com um estranho.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. Dizer a uma pessoa que te interrompe quando estas a falar que isso te aborrece.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. Contar a grupo de pessoas alguma coisa que te aconteceu. ....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. Pedir a alguém para explicar uma coisa que não compreendeste.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. Dar uma opinião diferente daquela da pessoa com quem estás a falar.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. Reconhecer um elogio acerca da tua aparência pessoal. ....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. Dizer a um amigo ou conhecido que está a fazer algo que te aborrece .....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. Dizer a alguém que gostas dele/a.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9. Recusar um pedido feito por uma pessoa com autoridade (polícia, professor, patrão...).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10. Pedir a alguém que considere o facto de que tens medo de alguma coisa.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11. Manter a tua opinião na presença de um amigo próximo que discorda de ti.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12. Admitir que estás errado.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13. Olhar para a pessoa com quem estás a falar.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14. Convidar alguém conhecido para ir contigo a um evento social (por exemplo, uma noite social - cinema, discoteca - ou uma festa) .....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

15. Dizer a alguém que achas que ele/a te tratou injustamente.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Dizer a alguém que o/a estimas.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Recusar uma bebida, especialmente se te é oferecida repetidamente.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Dizer a alguém que te criticou justamente que ele/a tem razão.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Reconhecer um elogio sobre alguma coisa que fizeste.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Aceitar o convite de alguém para ir com ele/a a um evento social.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Iniciar uma conversa com um homem/mulher que achas atraente.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Recusar um pedido feito por alguém que estimas.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Discutir a crítica de alguém em relação a uma coisa que fizeste.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Dizer que aprecias a experiência de te dizerem que gostam de ti.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Pedir a um conhecido que te ajude numa tarefa.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Apresentar a tua opinião durante uma conversa com estranhos.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27. Participar da conversa de um grupo de pessoas.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Pedir às pessoas que te devolvam as coisas que lhes emprestaste.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Convidar um conhecido para uma bebida.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. Aceitar uma oferta de ajuda.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. Recusar dar dinheiro em peditórios.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Manter a tua própria opinião face a uma pessoa com uma opinião marcada.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
33. Pedir a uma pessoa que pare de fazer algo que te aborrece (por exemplo, num comboio, num restaurante ou no cinema) .....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34. Protestar quando alguém passa à frente na fila.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Dar a tua opinião a alguém que sabe mais sobre o assunto do que tu.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36. Perguntar a alguém se tu o/a magoaste.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37. Dizer que gostas que as pessoas te digam que te estimam.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38. Dar a tua opinião a uma pessoa com autoridade.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
39. Recusar produtos ou serviços cuja qualidade não te satisfaz (por exemplo numa loja ou restaurante). .....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40. Dizer a alguém que fez alguma coisa por ti o quanto estás satisfeito com isso...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41. Conversar com alguém sobre a tua impressão de que ele/a te está a tentar evitar.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42. Pedir desculpa quando cometeste um erro.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. Dizer a alguém que te sentes muito satisfeito com uma coisa que fizeste.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44. Explicar a tua “filosofia de vida” .....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45. Aproximares-te de alguém para te apresentares.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
46. Pedir a alguém que te indique o caminho.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
47. Pedir a alguém que critique alguma coisa que fizeste.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
48. Recusar emprestar alguma coisa a um conhecido próximo.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
49. Admitir que sabes pouco sobre determinado assunto.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
50. Insistir para que alguém faça a sua parte num trabalho de grupo.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

## Anexo II: Escala de Comportamento Interpessoal - Versão Reduzida

### INSTRUÇÕES:

Em situações sociais, muitas pessoas acham difícil reagir como gostariam. Por exemplo, podem achar difícil recusar um pedido, pedir ajuda, ou dizer do que gostam ou não gostam. Em baixo encontra uma lista de algumas dessas situações. Regista sempre a primeira resposta que te vier à cabeça. Responde a todas as questões, tão rápido quanto conseguires.

Para cada uma das situações, avalia primeiro, o quanto te sentirias nervoso/a ou tenso/a se te comportasses como é descrito na situação, usando a seguinte escala:

Nada	Um pouco	Até certo ponto	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5

Por exemplo: se te sentes **até certo ponto tenso** quando inicias uma conversa com um estranho, escreve um 3 na linha de resposta.

Depois, avalia cada uma das situações em função da frequência com que te comportas da forma descrita.

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Normalmente	Sempre
1	2	3	4	5

Por exemplo, se quando estás com um estranho, **normalmente** inicias uma conversa, escreve um 4 na linha de resposta.

### SITUAÇÕES SOCIAIS

	Sinto-me tenso/a ou nervoso/a...	Faço...
1. Iniciar uma conversa com um estranho.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. Contar a grupo de pessoas alguma coisa que te aconteceu. ....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. Pedir a alguém para explicar uma coisa que não compreendeste.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. Reconhecer um elogio acerca da tua aparência pessoal. ....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. Dizer a alguém que gostas dele/a.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. Recusar um pedido feito por uma pessoa com autoridade (polícia, professor, patrão...).....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. Dizer a alguém que achas que ele/a te tratou injustamente.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. Dizer a alguém que o/a estimas.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9. Dizer a alguém que te criticou justamente que ele/a tem razão.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10. Reconhecer um elogio sobre alguma coisa que fizeste.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11. Dizer que aprecias a experiência de te dizerem que gostam de ti.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12. Participar da conversa de um grupo de pessoas.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13. Manter a tua própria opinião face a uma pessoa com uma opinião marcada.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15. Pedir a uma pessoa que pare de fazer algo que te aborrece (por exemplo, num comboio, num restaurante ou no cinema) .....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15. Perguntar a alguém se tu o/a magoaste.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

16. Dizer que gostas que as pessoas te digam que te estimam.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Dar a tua opinião a uma pessoa com autoridade.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Recusar produtos ou serviços cuja qualidade não te satisfaz (por exemplo numa loja ou restaurante). .....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Conversar com alguém sobre a tua impressão de que ele/a te está a tentar evitar.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Pedir desculpa quando cometeste um erro.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Aproximares-te de alguém para te apresentares.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Pedir a alguém que te indique o caminho.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Recusar emprestar alguma coisa a um conhecido próximo.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Admitir que sabes pouco sobre determinado assunto.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Insistir para que alguém faça a sua parte num trabalho de grupo.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

### Anexo III: Autorização para tradução e adaptação da Escala de Comportamento Interpessoal

**Correio Electrónico**  
Universidade de Aveiro

INBOX Mailboxes New email event task note Rules Settings Log Out

	<a href="#">Next Unread</a>	<a href="#">Reply</a>	<a href="#">Reply To All</a>	<a href="#">Forward</a>	
	<a href="#">Back to P.hD/contactos</a>	<a href="#">Delete</a>	<a href="#">Set Flag</a>	<a href="#">Close as Unread</a>	

**From:** "Willem Arrindell" <w\_a\_arrindell@hotmail.com>  
**Subject:** RE: permission to translate instrument  
**Date:** Tue, 13 Feb 2007 17:59:21 +0100  
**To:** "Paula Vagos" <paulavagos@dce.ua.pt>

Dear Paula, You have my permission to translate the English version of the SIB into Portuguese. Please scan all the articles on the SIB and you will find the English form. Be aware that there is research on the relationship between social phobia and assertiveness and that I have myself published data on that topic. Please keep in contact. best wishes, willem

Dr W A Arrindell, Research Consultant



#### Anexo IV: Descrições e valores de referência para índices de qualidade de ajustamento.

Índice	Descrição	Valores Ref <sup>a</sup>
$\chi^2$	Indica a discrepância entre o modelo proposto pelo investigador e o modelo sugerido pelos dados da amostra.	$p > .05$
$\chi^2/df$	Dado que o qui-quadrado é sensível ao tamanho da amostra e só faz sentido se considerados os graus de liberdade, o seu valor é dividido pelos graus de liberdade.	Entre 2 para 1 e 3 para 1
RMSEA	Mostra a qualidade de ajustamento do modelo à matriz de covariâncias subjacente à amostra, tendo em conta os graus de liberdade.	$< .05$ : bom ajustamento; $< .08$ : ajustamento razoável
GFI	Comparação dos quadrados dos resíduos do modelo proposto vs. modelo sugerido pela amostra, não ajustada pelos graus de liberdade.	$> .90$
AGFI	GFI ajustado pelos graus de liberdade do modelo.	$> .90$
NNFI	Mostra se e em que medida a qualidade de ajustamento do modelo proposto é melhor que a do modelo de base (pode tomar valores superiores à unidade).	$> .90$
CFI	Mostra se e em que medida a qualidade de ajustamento do modelo proposto é melhor que a do modelo de base (truncado para que não possa tomar valores superiores à unidade).	$> .90$

## Anexo V: Autorização para tradução e adaptação da Escala de Pensamentos e Crenças Sociais

**Correio Electrónico**  
Universidade de Aveiro

INBOX Mailboxes New email event task note Rules Settings Log Out

	<a href="#">Next Unread</a>	<a href="#">Reply</a>	<a href="#">Reply To All</a>	<a href="#">Forward</a>	
	<a href="#">Back to P.hD/contactos</a>	<a href="#">Delete</a>	<a href="#">Set Flag</a>	<a href="#">Close as Unread</a>	

**From:** "Deborah Beidel" <dbeidel@mail.ucf.edu>  
**Subject:** Re: request to translate an instrument  
**Date:** Sun, 25 Nov 2007 14:35:20 +0100  
**To:** <paulavagos@ua.pt>

Dear Paula

I am sorry that it has taken me some time to respond to you. I've been traveling for the last few weeks.  
Dr. Turner died two years ago and that is why you could not contact him.

You have my permission to translate the Social Thoughts and Beliefs Scale  
Best wishes with your research - I look forward to reading it.

Deborah  
Deborah C. Beidel, Ph.D., ABPP  
Professor of Psychology  
Director of Clinical Training  
University of Central Florida  
4000 Central Florida Blvd  
Orlando, FL 32816

## Anexo VI: Escala de Pensamentos e Crenças Sociais

Esta é uma lista de pensamentos e crenças comuns. Usa a escala em baixo para dizer se cada uma destas frases caracteriza a tua forma de pensar quando estás ou vais estar numa situação social.

Nada característica	Raramente característica	Algumas vezes característica	Frequentemente característica	Sempre característica
1	2	3	4	5

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Quando estou numa situação social, pareço desajeitado às outras pessoas .....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Se estou com um grupo de pessoas e tenho uma opinião, é provável que me acobarde e não diga o que penso.....               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Sinto que as outras pessoas parecem mais inteligentes do que eu.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Quando estou com outras pessoas não sou capaz de me defender.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sou um covarde no que respeita a interagir com outras pessoas.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Sinto que não sou atractivo quando estou com outras pessoas.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Nunca seria capaz de fazer um discurso em publico.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. As outras pessoas estão mais confortáveis em situações sociais do que eu.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. As outras pessoas são mais socialmente capazes do que eu.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Faça o que fizer, vou sempre sentir-me desconfortável em situações sociais.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. É muito provável que me dê uma bronca quando estou a falar numa situação social.....                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Não sou bom a fazer conversa de circunstância.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. As outras pessoas estão aborrecidas quando estão comigo.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Quando estou a falar num grupo, os outros vão pensar que estou a dizer alguma coisa estúpida.....                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Se estou com alguém em quem estou interessado, é provável que entre em pânico ou faça alguma coisa que me envergonhe..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Não sei como me comportar quando estou na companhia de outros.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Se alguma coisa corresse mal numa situação social, não seria capaz de me acalmar.....                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Quando estou com outras pessoas, elas normalmente não pensam que eu sou muito esperto.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Quando outras pessoas se estão a rir, parece que se estão a rir de mim.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. As pessoas podem ver com facilidade quando eu estou nervoso .....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Se há uma pausa na conversa, sinto como se tivesse feito alguma coisa de errado.....                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



## Anexo VII: Questionário de Esquema Interpessoal Assertivo

A seguir, estão algumas afirmações que podem ser utilizadas para descrever as pessoas. Por favor, lê cada uma delas e decide o quanto te descrevem a ti, utilizando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Totalmente falso para mim...		Não é verdadeiro nem falso para mim		Totalmente verdadeiro para mim...


Se tiveres alguma dúvida, responde baseando-te no que sentes emocionalmente, e não no que pensas ser verdade.

1. \_\_\_ Sempre tive alguém com quem falar e que se preocupasse realmente com o que me acontece.
2. \_\_\_ Um homem /mulher de quem eu goste pode gostar de mim, mesmo com os meus defeitos e fraquezas.
3. \_\_\_ Sou capaz de realizar tarefas no trabalho (na escola) tão bem como a maioria das pessoas.
4. \_\_\_ Sinto que normalmente posso fazer o que quero, mas não posso fazer tudo.
5. \_\_\_ Quando estou triste, zangado/a ou aborrecido/a, tenho quem me apoie e ajude a sentir melhor.
6. \_\_\_ As pessoas de quem eu gosto gostam de mim como eu sou de verdade.
7. \_\_\_ Normalmente sou capaz de atingir os objectivos que se me colocam.
8. \_\_\_ Posso contrariar a vontade dos outros, sem que eles me rejeitem ou maltratem por isso.
9. \_\_\_ Sinto que sou especial para algumas pessoas.
10. \_\_\_ Mereço tanto o amor, atenção e respeito dos outros como qualquer outra pessoa, nem mais nem menos.
11. \_\_\_ Tenho tantas capacidades como a maioria das pessoas.
12. \_\_\_ Nas minhas relações com outros não deixo que me dominem, e também não tento dominar os outros.
13. \_\_\_ Quando alguém de quem gosto se afasta de mim, tento perceber porquê e resolver a situação.
14. \_\_\_ Tenho quem me compreenda e a quem expressar os meus verdadeiros sentimentos e pensamentos.
15. \_\_\_ É perfeitamente possível eu ser amado/a por alguém.
16. \_\_\_ Tenho tanto talento no trabalho (na escola) como a maioria das pessoas, não mais nem menos.
17. \_\_\_ Normalmente sei aquilo que quero e sou capaz de fazer as minhas próprias escolhas.
18. \_\_\_ Normalmente sou capaz de tomar as minhas próprias decisões, mas quando não sei o que fazer tenho a quem recorrer para me aconselhar e guiar.
19. \_\_\_ Sinto-me confortável em mostrar-me tal como sou e deixar que as outras pessoas me conheçam.
20. \_\_\_ Sou tão inteligente como a maioria das pessoas.
21. \_\_\_ Normalmente consigo que os meus sentimentos sejam tidos em consideração e os meus direitos respeitados sem grande dificuldade.

## Anexo VIII: Autorização para utilização da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

**Correio Electrónico**  
**Universidade de Aveiro**

INBOX Mailboxes New email event task note Rules Settings Log Out

	<a href="#">Next Unread</a>	<a href="#">Reply</a>	<a href="#">Reply To All</a>	<a href="#">Forward</a>	
	<a href="#">Back to P.hD/contactos</a>	<a href="#">Delete</a>	<a href="#">Set Flag</a>	<a href="#">Close as Unread</a>	

**From:** <marina\_cunha@ismt.pt>  
**Subject:** Re: pedido de autorização para utilização de instrumento de avaliação  
**Date:** Tue, 8 Jan 2008 18:42:05 +0100  
**To:** "Paula Vagos" <paulavagos@dce.ua.pt>

Cara Paula Vagos,  
Tem permissão para utilizar a EAESSA na sua investigação. Se precisar de mais dados sobre a mesma, não hesite em contactar-me. Aliás julgo que o artigo publicado na Psychologica apenas dispõe dos dados dos primeiros estudos, ou seja, faltam os resultados dos estudos da análise factorial confirmatória, validade discriminativa e de sensibilidade e de especificidade. Estes estão publicados em dois artigos que estão neste momento a aguardar publicação em revistas internacionais (penso que até Março estarão cá fora). De qualquer forma, se até lá precisar, poderei dispor dessa informação, caso lhe seja útil.  
Gostaria, como promete, de saber dados relativos ao seu estudo, ou seja, qual o comportamento desta escala no seu estudo.  
Bom trabalho e, já agora, um bom ano de 2008.  
Marina Cunha

## Anexo IX: Encontro com Pais 1 - Folheto informativo

**I**

**Programa de intervenção em contexto escolar**

*Este programa pretende promover a aprendizagem e prática de aptidões sociais, comportamentais e de relaxamento, com vista a um desempenho social de qualidade.*

*O estabelecimento de relações sociais de qualidade em contexto escolar associa-se a um desenvolvimento psicológico mais harmonioso, a um maior investimento na escola e a melhores resultados académicos.*

Para mais informações:  
<http://projectoasas.blogspot.com/>

**Aptidões para o Sucesso Académico e Social**

**ASAS**



ESCOLA SECUNDÁRIA COM 3º CICLO  
DO ENSINO BÁSICO  
DA GAFANHA DA NAZARÉ  
Apartado 82  
3834-908 Gafanha da Nazaré

Responsável de projecto:  
Paula Vagos  
[paulavagos@ua.pt](mailto:paulavagos@ua.pt)

**APTIDÕES PARA O SUCESSO ACADÉMICO E SOCIAL**

**Adolescência**

A adolescência é uma fase específica do desenvolvimento, onde estabelecer relações de qualidade com colegas, pais e professores contribui para o sucesso pessoal, social e académico.

É esperado que o adolescente seja capaz de estabelecer relações de qualidade e ter sucesso social, mas isto nem sempre acontece. Por ser uma fase de transição e de exigências sociais redobradas, a adolescência é uma fase especialmente vulnerável a dificuldades sociais ou interpessoais.

**Dificuldades Sociais**

São todos os aspectos que possam afectar negativamente a forma como o adolescente se relaciona. Normalmente, podemos encontrar dificuldades em vários níveis do funcionamento psicológico:

"Não sou capaz", "Não sei fazer isto",  
 "Vão ri-se de mim", "Vão tratar-me mal" ...

pensamento

comportamento

sentimento

Passivo.  
Recusa, evitamento, escape.

comportamento

Nervosismo, desconforto,  
tensão, ansiedade.

**ASAS**

Com este programa pretendemos ensinar aptidões que ajudem os adolescentes a todos estes níveis:

1. Pensamento realista – interpretar a situação de uma forma mais realista;
2. Aptidões sociais assertivas – distinguir e praticar comportamentos sociais;
3. Prática comportamental – enfrentar situações sociais difíceis;
4. Auto-relaxamento – controlar e reduzir ansiedade sentida.

*Ao ensinar ao aluno aptidões essenciais a um desempenho social de sucesso e ao incentivá-lo a praticá-las, **será** possível motivar o seu sucesso académico e social.*

## Anexo X: Encontro com Pais 2 - Folheto informativo

**Programa de intervenção em contexto escolar**

*Este programa pretende promover a aprendizagem e prática de aptidões sociais, comportamentais e de relaxamento, com vista a um desempenho social de qualidade.*

*O estabelecimento de relações sociais de qualidade em contexto escolar associa-se a um desenvolvimento psicológico mais harmonioso, a um maior investimento na escola e a melhores resultados académicos.*

Para mais informações:  
[www.asas.ua.pt](http://www.asas.ua.pt)

**Aptidões para o Sucesso Académico e Social**

**ASAS**



ESCOLA SECUNDÁRIA COM 3º CICLO  
DO ENSINO BÁSICO  
DA GAFANHA DA NAZARÉ  
Apartado 82  
3834-908 Gafanha da Nazaré

Responsável de projecto:  
Paula Vagos  
[paulavagos@ua.pt](mailto:paulavagos@ua.pt)

### APTIDÕES PARA O SUCESSO ACADÉMICO E SOCIAL



#### Pais como modelos de interacção

Foi com os pais que os filhos aprenderam a andar, falar, comer, comportar-se. Também com eles aprendem como relacionar-se.

Por isso, é importante conhecer as melhores formas de interagir com os filhos, para modelar formas de interacção saudáveis, que permitam ao adolescente um desenvolvimento de sucesso.



#### Formas de interacção que dificultam o desempenho social

1. Reconforto excessivo: que se torna numa forma de aprovação das dificuldades e contribui para que se mantenham.
2. Dirigir demasiado: dizer exactamente o que fazer ou fazer as coisas pelos filhos, impedindo-os de aprender, de acreditar que são capazes de gerir a situação sozinhos, e que a situação não é assim tão difícil.
3. Permitir ou encorajar o evitamento: porque se está cansado de insistir, ou porque se quer evitar o mau-estar do adolescente, acabando por reforçar a estratégia de evitamento.



#### Formas de interacção que facilitam o desempenho social

1. Reforçar apenas os comportamentos de gestão efectiva, ignorando os de evitamento ou recusa.
2. Promover o confronto gradual com situações consideradas difíceis, mostrando empatia pelas dificuldades sentidas e incentivando que recorram às competências aprendidas no ASAS.
3. Incentivar a busca de soluções realistas, proactivas e produtivas, acompanhando o processo sem o dirigir.
4. Modelar comportamento de gestão adequada de situações sociais e em função da idade e nível de desenvolvimento do adolescente.

*Os pais devem constituir-se num modelo e apoio aos adolescentes, para que saibam como agir socialmente e sejam motivados a fazer uso dessas competências da forma mais adequada e segura possível.*

Anexo XI: Autorização para aplicação do protocolo de questionários em escolas secundárias públicas do distrito de Aveiro

**Correio Electrónico**  
Universidade de Aveiro

INBOX Mailboxes New email event task note Rules Settings Log Out

	<a href="#">Next Unread</a>	<a href="#">Reply</a>	<a href="#">Reply To All</a>	<a href="#">Forward</a>	
	<a href="#">Back to P.hD</a>	<a href="#">Delete</a>	<a href="#">Set Flag</a>	<a href="#">Close as Unread</a>	

**From:** Luís Capucha (DGIDC) <luis.capucha@dgidc.min-edu.pt>  
**Subject:** RE: pedido de autorização para aplicação de questionários  
**Date:** Fri, 14 Mar 2008 20:42:38 +0100  
**To:** "Paula Vagos" <paulavagos@dce.ua.pt>

Exma Sra. Dra. Paula Vagos

É com prazer que comunicamos a autorização para administração dos questionários que foram submetidos para apreciação.

Cumprimentos

Luís Capucha

(Director-Geral)

---

## Anexo XII: Exemplo de descrição de sessão de intervenção

### SESSÃO DE GRUPO 1 – SESSÃO EDUCACIONAL

#### a. Apresentação (5 minutos)

Esta sessão permite a dinamizadores e alunos conhecerem-se e conhecerem os objectivos do grupo, bem como como os poderão atingir. A apresentação inicial é feita pelos dinamizadores, que falam um pouco de si próprios. Em seguida, apresentam os membros do grupo uns aos outros e perguntam-lhes se querem dizer algo acerca de si próprios. São os dinamizadores do grupo a fazer as apresentações por esta ser a primeira sessão e se querer deixar os membros o mais confortáveis possível.

#### b. Regras de funcionamento do grupo (10 minutos)

Os dinamizadores definem e explicam as regras segundo as quais o grupo deve funcionar, e que os alunos devem compreender e aceitar por escrito (Ficha 1). Existem cinco regras fundamentais a ser respeitadas por todos os intervenientes do grupo, conforme descritas abaixo (Discurso Directo 1).

##### 1. Assiduidade

Passa por definir o horário a que decorrerão as sessões e encorajar a participação em todas, bem como avisar em caso de impossibilidade de estar presente em alguma delas.

##### 2. Pontualidade

Enfatizar a importância de que as sessões comecem a horas, para terminarem a horas e ser possível abordar todas as temáticas planeadas.

##### 3. Prática fora das sessões (TPC)

Enfatizar a importância da prática e generalizações de aptidões aprendidas nas sessões à vida quotidiana dos alunos.

##### 4. Participação

Enfatizar a importância de participar livre e espontaneamente nas sessões

##### 5. Confidencialidade

Garantir a privacidade das conversas e experiências pessoais, não só por parte dos técnicos mas também dos membros do grupo entre si. Todos devem perceber que respeitar a privacidade uns dos outros é essencial para criar um ambiente de grupo confortável, satisfatório e produtivo. A garantia desta privacidade consta da assinatura de um contrato de confidencialidade (Ficha 2)

(...)

### DISCURSO DIRECTO 1: REGRAS DE FUNCIONAMENTO DO GRUPO

#### 1. Assiduidade

O grupo reúne uma vez por semana, no dia, das \_\_\_h às \_\_\_h. Esperamos e encorajamos fortemente que venham a todas as sessões, pois só assim poderão retirar o máximo benefício das actividades que vamos realizar e não perder tempo de investimento nas vossas dificuldades em particular. Se não vierem, não podem ajudar os outros membros do grupo a superarem também as suas dificuldades. Compreendemos que podem haver alturas em que precisem de faltar a uma sessão. Nesse caso, pedimos que nos avisem com antecedência, para que possamos marcar um encontro individual para rever e compensar a sessão a que faltaram. Se tiverem mesmo de faltar, vamos tentar fazer o máximo possível para que não percam a oportunidade de saber o que aconteceu nessa sessão.

#### 2. Pontualidade

É importante que cheguem às sessões a horas, para ocuparmos apenas o tempo que marcámos e garantir que falamos de tudo o que planeamos para a sessão. A sessão vai começar à hora marcada, mesmo que não esteja toda a gente, por isso, por favor, tentem chegar a horas. Se começarmos a horas, acabamos a horas. Se sabem com antecedência que vão atrasar-se, por favor, avisem.

#### 3. Prática de TPC

Os TPC são pequenas tarefas que vos vamos pedir para fazer entre sessões, que podem perfeitamente integrar na vossa vida diária, sem vos exigir muito tempo. O objectivo é que tornem as aptidões que abordamos nas sessões parte habitual das vossas vidas diárias. As aptidões que vamos abordar não são mágicas; têm de ser aprendidas e acima de tudo treinadas. Tal como têm de praticar para se tornarem bons a tocar piano ou jogar futebol, também terão de praticar as aptidões do programa para se tornarem bons a desempenhá-las, mesmo que isso seja inicialmente difícil ou desconfortável para vocês. A chave do sucesso é a prática e quando mais praticarem, mas fácil será desempenhar estas aptidões. Lembrem-se que só se praticarem as coisas lá fora elas podem ser úteis a melhorar a vossa vida social e académica.

#### 4. Participação

Todos sabemos que é bem mais fácil ouvir, ver e não participar. Todos por vezes pensamos em deixar essa responsabilidade aos outros. Mas fazer isto é exactamente criar relações sociais que não são recíprocas e, portanto, não são boas. É muito importante que participem nas actividades do grupo, ainda que inicialmente isto vos pareça desconfortável ou vos cause ansiedade. Participem, tomem a iniciativa. Nos queremos ouvir o que têm a dizer. E vão ver que quanto mais o fizerem, mais confortáveis se irão sentir. Além disso, este é o lugar ideal e completamente seguro para testar como vocês parecem aos outros, porque todos vocês têm o mesmo tipo de preocupações e medos.

#### 5. Confidencialidade

É absolutamente vital que todos se tratem uns aos outros com respeito. Isso significa manter sigilo acerca de assuntos privados que sejam discutidos no grupo e respeitar a privacidade de cada um. São livres de falar com quem quiserem das vossas próprias experiências e sentimentos dentro do grupo. Apenas devem lembrar-se de respeitar o direito dos outros membros do grupo à privacidade.

Nos também iremos respeitar a vossa privacidade e não vamos discutir o que vocês disserem no grupo com mais ninguém. Também, se vos virmos nos corredores da escola, iremos respeitar a vossa privacidade, não vos cumprimentando se não nos disserem nada antes. Queremos que sejam capazes de decidir se querem cumprimentar-nos, mas gostaremos muito de vos dizer olá.

Existem apenas duas excepções a esta regra: se sentirmos que vocês podem ser uma ameaça a vocês mesmos ou a outras pessoas. Neste caso, poderemos sentir necessidade de falar com os vossos pais ou responsáveis (ou com o psicólogo da escola).

Como forma de garantia de que todos aceitam manter esta confidencialidade, vamos pedir-vos que assinem um contrato de confidencialidade (Ficha 2), em que assumem que vão respeitar a privacidade uns dos outros, prometendo não falar das experiências privadas dos membros do grupo e não usar os seus nomes fora das sessões.

Anexo XIII: Exemplo de espaço de registo de adesão à sessão

SESSÕES DE GRUPO

SESSÃO DE GRUPO 1 – SESSÃO EDUCACIONAL

Fases a implementar:	Sim	Não
1. Apresentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Regras de funcionamento do grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Introdução teórica a dificuldades sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Objectivos e formas de tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Atribuir TPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Questões e comentários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

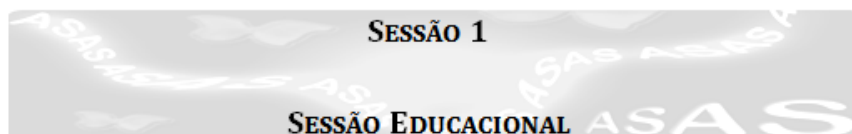
Duração: \_\_\_\_\_

Alunos que compareceram: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comentários:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Anexo XIV: Exemplo de sessão em Livro do Aluno



### *Formação do Grupo*

Nesta sessão vamos falar das regras do grupo, que devem ser seguidas por todos para o grupo funcionar bem e atingirmos os nossos objectivos.

### **Regras do Grupo ASAS**

#### **1. Assiduidade**

O grupo reúne-se uma vez por semana. A tua participação em todas as sessões é muito importante, para que tenhas o máximo de tempo e incentivo a superar as tuas dificuldades sociais e possas ajudar os outros membros do grupo a fazer o mesmo.

#### **2. Pontualidade**

Por favor tenta chegar às sessões à hora marcada. Só começando a horas poderemos terminar a horas.

#### **3. Prática de tarefas**

As aptidões que vamos aprender e treinar são muito mais úteis fora das sessões do que dentro delas. E para seres óptimo a desempenhá-las, é importante que pratiques muito. As tarefas que vão ser dadas no final de cada sessão são a forma ideal de praticar e te habituares às aptidões sociais!

#### **4. Participação**

Ainda que no início te parece assustador e pouco confortável, a tua participação activa nas sessões irá ajudar-te a sentir-te cada vez mais confortável e capaz.

#### **5. Confidencialidade**

É importante que todos se sintam à vontade e confiantes no grupo. Para isso todos devem respeitar a privacidade de cada um, mantendo a informação pessoal partilhado no grupo privada, não a discutindo com outras pessoas fora do grupo. Qualquer informação dada por um membro do grupo acerca de si próprio deve ser considerada pessoal e, portanto, privada e confidencial.



## Anexo XV: Entrevista de selecção de alunos para intervenção

### INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Profissão do Pai: \_\_\_\_\_ Profissão da Mãe: \_\_\_\_\_

Anos a frequentar esta escola: \_\_\_\_\_ Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_ N.º de reprovações: \_\_\_\_\_

Chamamos-te aqui porque a psicóloga da escola ou o teu director de turma acham que tens algumas dificuldades sociais. Estas dificuldades sociais podem ser de dois tipos: relacionares-te com as outras pessoas ou fazeres coisas quando estas a ser observado e/ou avaliado por outras pessoas. Tu que achas? Achas que tens dificuldades sociais? Até que ponto?

1 ----- 25 ----- 50 ----- 75 ----- 100

Descreve-me uma situação em que tenhas dificuldade... O que sentes no corpo? O que pensas? O que fazes?

---

---

---

---

---

### ANSIEDADE SOCIAL

Com este encontro pretendemos avaliar a forma como te relacionas com outras pessoas, nomeadamente como te sentes e ages em situações sociais. Em primeiro lugar, vamos fazer-te algumas perguntas. Lembra-te que não há respostas certas ou erradas e quanto mais sincero/a fores, melhor vamos conhecer as tuas dificuldades e melhor te podemos ajudar. Em seguida, vamos pedir-te uma amostra da forma como usualmente te comportas em situações sociais, fazendo um pequeno teatro.

### RELAÇÕES INTERPESSOAIS

1a. Primeiro gostaria de saber se achas que tens mais amigos que os outros adolescentes, menos ou mais ou menos os mesmos?

- ☐ Menos amigos que os outros  
☐ Mais amigos que os outros  
☐ Mesmos amigos que os outros  
☐ Outra...

Se a resposta for menos amigos ou nenhum, colocar a questão 1b.

	Sim	Não
1b. Se pudesses, gostavas de ter mais amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Tens um melhor amigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Há quanto tempo és amigo dessa pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Achas que tens dificuldades em fazer amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Página 1 de 7

4. Quando fazes amigos, achas difícil mantê-los?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Que tipo de coisas gostas de fazer com os teus amigos? (saber actividades sociais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6a. Pertences a algum grupo ou clube ou equipa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. (se não) Alguma vez pertenceste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(se sim) Quais são?		
7. Se pudesses escolher, passarias mais tempo com outras pessoas ou sozinho/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SINTOMATOLOGIA

Alguns adolescentes sentem-se muito assustados e desconfortáveis em situações com outras pessoas, tanto que podem querer manter-se afastados dessas situações. Podem ser obrigados a ir às situações mas preferem não o fazer.

1a. Quando estás em certos sítios com outras pessoas, como escola, restaurante, festas, sentes que as outras pessoas podem pensar que alguma coisa que faças é estúpido ou desastrado?

☐ Sim ☐ Não ☐ Outro

Se sim, colocar uma marca no círculo...

Sintoma

1b. Quando estás nesses locais com outras pessoas, pensas que elas se podem rir de ti?

☐ Sim ☐ Não ☐ Outro

Se sim, colocar uma marca no círculo...

Sintoma

1c. Quando estás nestas situações com outras pessoas, preocupaste que possas fazer alguma coisa que te envergonhe ou embarace?

☐ Sim ☐ Não ☐ Outro

Se sim, colocar uma marca no círculo...

Sintoma

Se resposta "sim" a uma ou mais das questões 1a a 1c, marcar o critério...

Critério

Quando a resposta é "sim", o entrevistador pode pretender obter mais informação, para determinar a significância clínica da área. Quando a resposta é "não", o entrevistador pode ser discreto ao inquirir as situações listadas na questão 2c.

2a. Vou dar-te agora uma lista de situações. Quero que penses se achas que te sentes mais ou menos ansioso ou assustado nestas situações que a maioria dos adolescentes da tua idade.

Obter resposta "sim" ou "não" para cada situação listada.

2b. Quando dizes que ficas ansioso/a nesta situação, quanto ansioso ficas? Usa uma escala de 1 a 8, em que 1 é absolutamente nada e 8 é muitíssimo.

Conhecer o grau de ansiedade sentida em cada uma das situações referidas como ansiógenas.

2c. Aquelas situações a que deste um valor de ansiedade 4 ou mais, diz-me quanto tentas evitá-las ou manter-te afastado/a delas?

Se uma ou mais situações da lista são marcadas como evitadas ou vividas com muito desconforto, marcar o critério...

Critério

Página 2 de 7

	Ansiedade		Nível de ansiedade	Evitamento/ Desconforto	
	Sim	Não		Sim	Não
Responder a uma questão na aula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apresentar um trabalho oral ou ler em frente à turma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perguntar uma questão ou pedir ajuda ao professor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer testes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escrever no quadro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhar ou jogar com um grupo de pares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter aulas de ginástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar nos corredores ou estar perto dos cacifos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Começar ou juntar-se a uma conversa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar as casas de banho da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer à frente de outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te rcontros ou reuniões de equipa ou de grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atender ou falar ao telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter desempenhos musicais ou desportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convidar um amigo para sair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falar com adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falar com pessoas que não se conhece bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a festas, bailes ou outras actividades da escola extra-aulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tirar fotografias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Namorar ou ter um encontro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedirem-te para fazeres uma coisa que não queres, mas não consegues dizer que não, por exemplo copiar o teu TPC. É muito difícil dizer que não?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haver alguém a fazer uma coisa que não gostas, mas não consegues dizer para parar, por exemplo gozarem contigo. É muito difícil dizer para te deixarem em paz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe alguma outra situação que te faça sentir nervoso/a ou assustado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STOP

Se o adolescente respondeu não a todas as questões de 1a. a 1c. e não sente medo ou evitamento em qualquer questão de 2a. a 2c., não corresponde aos critérios de diagnóstico de ansiedade social. Terminar a avaliação

Para realizar o diagnóstico, o adolescente deve responder "sim" a pelo menos uma das questões de 1a. a 1c. e "sim" a pelo menos uma das questões de 2a., bem como ou evitar ou suportar com muita ansiedade situações sociais. Além disso, deve haver interferência significativa na rotina normal da criança, avaliada na secção de interferência.

## INTERFERÊNCIA

Gostaria de saber o quanto estas dificuldades interferem na tua vida, ou seja, o quanto atrapalham as coisas com os teus amigos, na escola, em casa... Quanto estas dificuldades te impedem de fazer coisas que gostarias de fazer? Usa a escala de 1 a 8, em que 1 é absolutamente nada e 8 é muitíssimo.

Se a interferência clínica é de 4 ou mais, marcar como critério...

Se todos os critérios forem marcados, marcar diagnóstico...

Critério



## INFORMAÇÃO ADICIONAL

Gostaria de obter mais alguma informação acerca das situações que parecem ser difíceis para ti... Por exemplo, na situação (listar uma situação ansiógena específica para o adolescente)...

	Sim	Não	Outro
1. É diferente quando são amigos ou estranhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, o que é mais fácil? <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Estranhos			
2. É diferente serem rapazes, raparigas ou rapazes e raparigas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, o que é mais fácil? <input type="checkbox"/> Rapazes <input type="checkbox"/> Raparigas <input type="checkbox"/> Rapazes e raparigas			
3. A idade das pessoas importa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quando fazes amigos, achas difícil mantê-los?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, o que é mais fácil? <input type="checkbox"/> Mais novos <input type="checkbox"/> Mais velhos <input type="checkbox"/> Da mesma idade			
5. O tamanho do grupo importa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, qual é mais fácil? <input type="checkbox"/> Grupos grandes <input type="checkbox"/> Grupos pequenos <input type="checkbox"/> Grupos médios			
6. Estas dificuldades atrapalham a tua vida na escola (fazer coisas, divertir-se, fazer amigos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, como?			
7. Estas dificuldades atrapalham as tuas amizades (ter amigos ou fazer coisas com eles)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, como?			
8. Estas dificuldades atrapalham a tua família (brigas, coisas que não fazem juntos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, como?			
9. Estas dificuldades são algo que te preocupa ou incomoda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## COMPETÊNCIA SOCIAL ASSERTIVA

### Role-Play

Avaliar a presença destes aspectos enquanto decorre o role-play, principalmente no que se refere ao comportamento não verbal (2a. a 2l.). Relativamente ao comportamento verbal, poderá questionar-se o adolescente acerca das dificuldades ou prática desse comportamento na vida quotidiano, até porque provavelmente apenas alguns tipos de respostas assertivas serão adequados à situação de role-play.

	Sim	Não	N/A
1a. Perguntar de forma clara, explícita e directa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Pedir mudanças de comportamento (porquê e para que comportamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c. Expressar discordância/ insatisfação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d. Gerir críticas, verdadeiras e falsas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f. Pedir e agradecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1g. Recusar e justificar a recusa de pedidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1h. Falar na primeira pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1i. Negociar, cooperar, partilhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Latência do discurso adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Alternância do discurso adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c. Resolver problemas de forma proactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d. Olhar e contacto visual firme mas intermitente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2e. Movimentos do corpo desinibidos, naturais, espontâneos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2f. Postura corporal relaxada, inclinada para a frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2g. Respeito pelo espaço pessoal e do outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2h. Tom de voz moderado, modulado, fluido, seguro, relaxado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2i. Regular o próprio comportamento em função de feedback recebido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Comentários

Este espaço será importante para relatar comportamentos que evidenciem ansiedade ou desconforto, bem como outras dificuldades percebidas ao longo do desempenho.

---

---

---

---

---

Duração \_\_\_\_\_

## Co-MORBILIDADE

### NOS ÚLTIMOS SEIS MESES...

	Sim	Não
1. Alguma vez ficaste em casa ou foste embora mais cedo, por estares demasiado nervoso/a ou assustado/a acerca de teres de ficar na escola ou vir à escola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alguma vez deixaste de ir a algum lado por te assustar separar-te dos teus pais, com medo de que algo aconteça a eles ou a ti se se separassem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Existe alguma coisa específica que te faça sentir tão assustado/a ou desconfortável que te leve a evitá-la ou fugir dela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alguma vez te sentiste de repente muito assustado, sem nenhum motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alguma vez evitaste ir a algum local, por temeres que ao estares lá pudesses sentir-te mal, tonto, com o coração a bater muito rápido, sem conseguires fugir ou arranjar ajuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Achas que te preocupas em demasia e por demasiado tempo com demasiadas coisas ao mesmo tempo(escola, amigos, futuro, saúde, família etc.), de tal forma que te incomoda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alguma vez essas preocupações são tão intensas e repetitivas que não as consegues controlar, não consegues parar de pensar nelas repetidamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Já vivenciaste alguma coisa de tal forma assustadora que achaste que não conseguirias lidar com isso nem havia nada que pudesses fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Durante os últimos seis meses, achas que tens tido mais dias tristes que felizes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Já te sentiste tão triste que não conseguias divertir-te, sentias-te cansado, não tinhas vontade de fazer nada e achavas que nada de bom viria a acontecer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Achas ou as outras pessoas acham que nunca consegues concentrar-te numa coisa e/ou fazer uma coisa do princípio ao fim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sentes dificuldade em estar parado algum tempo ou em fazer a mesma coisa durante algum tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Consomes álcool? Com muita frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fumas? Tabaco ou outras substâncias? Com muita frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Alguma vez tiveste problemas com a tua família, escola ou polícia devido a estes consumos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EXPERIÊNCIA ANTERIOR

1. Já alguma vez recebeste apoio para estas dificuldades? Sim ☐ Não ☐ Qual foi?

---

---

---

### CONCLUSÃO

Obrigado pela tua participação. Todas as tuas respostas vão ser muito úteis para percebermos as tuas dificuldades e a melhor forma de te apoiar. Depois de termos analisado e reflectido sobre isto, gostaríamos de poder falar contigo e com os teus pais, para saber se estão de acordo. Se não te importares, iremos fazer chegar até ti uma carta para levares aos teus. Depois entrarei em contacto com eles para vermos quando será a melhor altura de nos encontrarmos. Que te parece?